Matériel protégé par le droit d'auteur

Pratiques en **psychothérapie**

# Anorexie et boulimie : approche dialectique

**Jérôme Carraz**

*Préface de A. Perroud*

**Programme thérapeutique en 4 modules :**

- **Sentiment d'inefficacité personnelle**
- **Dysrégulation émotionnelle**
- **Porosité des frontières corporelles du moi**
- **Restriction cognitive**

MASSON

Matériel protégé par le droit d'auteur

# Chez le même éditeur

*Adolescence et psychopathologie*, par D. Marcelli, A. Braconnier. Collection « Les Âges de la vie ». 2008, 7e édition, 712 pages.

*Difficultés et troubles à l'adolescence*, par Ph. Mazet. Collection « Abrégés ». 2004, 240 pages.

*Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent*, par M. Bouvard. Collection « Psychologie ». 2008, vol. 1, 192 pages ; vol. 2, 200 pages.

*Évaluation du potentiel suicidaire,* par C.S. Shea (trad. coordonnée par J.-L. Terra et M. Seguin). 2008, 352 pages.

*La boulimie,* par M. Flament, Ph. Jeammet. Collection « Médecine et Psychothérapie ». 2002, 240 pages.

*L'attachement*, par N. Guedeney, A. Guedeney. Collection « Les Âges de la vie ». 2006, 2e édition, 256 pages.

*Les thérapies familiales systémiques,* par K. Albernhe, T. Albernhe. Collection « Médecine et psychothérapie ». 2008, 3e édition, 320 pages.

*Manuel de psychiatrie*, coordonné par J.-D. Guelfi, F. Rouillon. 2007, 816 pages.

*Psychopathologie de la scolarité*, par N. Catheline. Collection « Les Âges de la vie ». 2007, 2e édition, 352 pages.

*Les psychothérapies : approche plurielle*, coordonné par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat, J.-L. Vénisse. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 464 pages.

*Traitement du trouble de la personnalité borderline*, par F. Mehran. Collection « Médecine et Psychothérapie ». 2006, 296 pages.

Collection Pratiques en psychothérapie

Conseiller éditorial : Dominique Servant

# Anorexie et boulimie : approche dialectique

Jérôme Carraz

ELSEVIER
MASSON

Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.
Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie: 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2009, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-70474-1

---

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Composition : Thomson Digital (Mauritius) Ltd
Imprimé aux Pays-Bas par Krips, 7940 KC Meppel
Dépôt légal : septembre 2009

# Préface

L'auteur de cet ouvrage, Jérôme Carraz, pratique la psychothérapie et la psychiatrie depuis une longue période dans sa région et il représente pour Grenoble et ses alentours un des principaux piliers du réseau de soin pour les troubles des conduites alimentaires.

Son investissement et son action dans ce domaine lui ont permis d'acquérir depuis plusieurs années une expérience importante et un savoir-faire évident dont ses patientes et les professionnels avec qui il travaille saluent la qualité.

Il a, par ailleurs, une implication personnelle dans son activité professionnelle qui s'apparente à une sorte de militantisme contre les troubles des conduites alimentaires. Cette attitude, je l'ai souvent remarquée chez les personnes qui s'occupent de ce type de pathologies. On peut y voir, probablement, le type particulier d'investissement que ces maladies « orphelines » peuvent susciter chez les soignants qui choisissent de les prendre en charge.

En effet, l'anorexie et la boulimie sont des pathologies pour lesquelles les formations sont rares, les protocoles de soins peu étayés et les référents institutionnels ou particuliers encore bien dispersés ou peu nombreux en France comme dans un certain nombre de pays. C'est probablement ce genre de situations qui conduit plusieurs d'entre nous à tenter de combler ce manque en y mettant toute son énergie et toute son inventivité.

Je salue au passage dans l'ouvrage rédigé par Jérôme Carraz cette qualité particulière qui consiste à transcrire de manière claire et précise le fruit d'un travail issu d'une longue expérience, afin d'en faire profiter les professionnels qui se lanceraient dans cette aventure délicate du traitement des troubles des conduites alimentaires.

L'autre mérite de l'auteur réside dans son aptitude à établir une synthèse cohérente de plusieurs courants de pratique pourtant si souvent opposés. Il réussit à construire une conceptualisation et une approche thérapeutique structurée et claire en ayant recours à des systèmes théoriques réputés peu compatibles mais, ici, parfaitement complémentaires. Cet éclectisme traduit autant l'ouverture d'esprit et l'empan des connaissances de l'auteur que la réalité de la pratique dans bien des lieux. Presque toutes les équipes au monde qui présentent un modèle de prise en charge des troubles des conduites alimentaires font de même. Elles allient les techniques psychothérapiques classiques aux approches à médiation corporelle ou encore la thérapie comportementale et cognitive, la thérapie comportementale dialectique et la pleine conscience, pour ne citer que celles-là.

Un autre fait mérite d'être souligné. Il s'agit de la réelle difficulté à soigner ces maladies. Les troubles des conduites alimentaires sont en effet d'un pronostic encore bien peu favorable tant les modèles de traitement sont peu nombreux à avoir reçu une validation suffisamment solide scientifiquement. Tout au plus peut-on retenir que la thérapie familiale systémique présente un intérêt démontré dans l'anorexie pour autant que les sujets aient moins de 19 ans et que les troubles soient assez récents (moins de trois ans). En ce qui concerne la boulimie et l'hyperphagie boulimique, seules la thérapie comportementale et cognitive et la thérapie interpersonnelle ont fait leurs preuves, associées ou non aux traitements sérotoninergiques.

À cela s'ajoute le fait que les troubles des conduites alimentaires sont d'apparition récente, au moins au plan épidémiologique. La boulimie, par exemple, n'a été « inventée » qu'en 1979 par Russel, et l'hyperphagie boulimique n'a pas encore reçu de reconnaissance officielle dans les manuels de classification. Si l'on ajoute encore que les revues de la littérature sur le traitement de ces maladies portant sur les cinquante dernières années n'ont pas permis de faire apparaître une différence sensible dans les résultats des thérapies et que les sujets soignés ne semblent pas avoir une évolution plus favorable que ceux qui ne le sont pas, on peut comprendre que nous soyons tous friands de nouveaux modèles. Ce livre a le courage d'en proposer un et de le défendre de la meilleure manière.

Si on veut maintenant entrer encore un peu plus dans le détail, il est bon de savoir que la validité des bases théoriques et les modèles de conceptualisation auxquels se réfèrent les soignants n'est pas aussi importante que le fait qu'ils les utilisent de manière convaincante et stable. Autrement dit, il n'est pas certain que telle ou telle technique soit meilleure qu'une autre mais il est très probable qu'elle sera bien plus efficace si elle est appliquée par un soignant ou une équipe qui la cautionne et y adhère suffisamment. C'est l'une des autres qualités de cet ouvrage. Il propose un éventail théorique large qui favorisera la collaboration entre les divers intervenants autour d'un même sujet. En faisant fi des dogmatismes et des chapelles, il facilite le travail en réseau des différents intervenants. Cet aspect revêt un intérêt tout particulier s'agissant des troubles des conduites alimentaires. Dans ces pathologies complexes et multifactorielles les soins se doivent d'être plurimodaux. Ils imposent aux équipes ambulatoires et/ou institutionnelles de travailler en cohérence malgré des sensibilités diverses et des formations différentes.

Que savons-nous vraiment aujourd'hui des facteurs favorisants et des facteurs d'entretien des troubles des conduites alimentaires ? Peu de choses en fait. Les seuls qui émergent des études récentes sont les facteurs génétiques : il est de plus en plus probable que l'anorexie et la boulimie soient avant tout dues à des facteurs de prédisposition biologique. Ces découvertes, alliées au fait que les facteurs de société sont,

eux aussi, bien démontrés, ne laissent que peu de place aux autres dimensions. Par exemple, les thèses qui attribuaient la causalité de ces troubles à la relation mère-enfant, comme celles défendues par Hilde Bruch dans les années 1970, sont désormais en grande partie invalidées. Le rôle du père n'est pas mieux démontré ni celui des frères et sœurs, un temps évoqué.

Ces notions invalident en grande partie les théories élaborées au XXe siècle et nous privent de concepts bien pratiques pour nos efforts de compréhension de ces maladies ; en revanche, ils ont eu le mérite de mettre un terme à l'attitude de culpabilisation inutile et dangereuse des parents que les « psys » de cette époque ont cru devoir adopter. Vandereyken, de son côté, a bien démontré que les parents de ces patientes n'ont rien de particulier et leur mode de relation avant la maladie est tout simplement banal. Si les thérapies de famille s'avèrent efficaces, ce n'est pas parce que les proches sont en cause dans l'origine des troubles mais parce qu'ils sont pris dans une relation de codépendance aggravante et qu'ils ont besoin d'aide. Ils ne sont plus perçus depuis longtemps comme la cause du problème et font bien plus sûrement partie de sa solution.

Si l'on considère, maintenant, les grands courants de pratique qui se dessinent depuis les dernières décennies, on peut voir que certains se centrent de plus en plus clairement sur le retour à une alimentation rationnelle et un poids adapté tandis que les autres s'intéressent prioritairement au développement personnel et au *self-concept* du sujet. Les premiers tendent vers des techniques de plus en plus psycho-éducatives alors que les autres s'appuient sur les modèles psychothérapiques classiques. Il n'est plus à l'ordre du jour de les opposer, voire de les confronter. Ces méthodes sont clairement complémentaires. Dans cet ouvrage, l'auteur résout parfaitement cette dualité en proposant une approche intégrative qui couvre la totalité du champ des besoins. Il donne autant de clés pour faire évoluer les déficits physiologiques que les conflits psychologiques ou les difficultés interpersonnelles.

À partir de la publication de cet ouvrage, cette méthode de soin des troubles des conduites alimentaires entre dans une phase probatoire par sa diffusion même. On peut souhaiter que le plus grand nombre de soignants s'y réfère et s'en empare. La pratique leur permettra bien mieux que la théorie de s'en faire une idée et d'en tirer le meilleur profit, pour eux et pour leurs patientes.

Alain Perroud
*Médecin psychiatre*
*Clinique des Vallées (Ville-la-Grand)*

# Introduction

*Je suis comme quelqu'un qui a attrapé un oiseau et qui le tient enfermé dans ses mains. J'ai peur qu'il s'envole si j'entrouvre un peu mes mains, alors je garde mes mains très fermées. Je n'imagine pas qu'il puisse s'envoler et se poser près de moi et que je pourrai l'écouter chanter et le regarder, alors je garde mes mains très fermées. Je sais que si je continue, comme cela, bientôt je garderai dans mes mains un oiseau mort ; malgré ça, je garde mes mains très fermées.*

Odile 22 ans, 30 kg

Il y a quelques années, j'ai choisi de consacrer exclusivement mon activité de psychiatre à la prise en charge psychothérapique des patientes anorexiques et boulimiques. J'ai rapidement eu la confirmation de ce que j'avais pressenti depuis longtemps, à savoir la grande complexité de ces problématiques et l'efficacité souvent insuffisante des prises en charge thérapeutiques proposées. On entend souvent un discours marqué par la fatalité : « Avec les anorexiques, on ne sait pas faire, on fait ce qu'on peut… ». Du fait de mon orientation psychothérapique, il m'a été donné de rencontrer un grand nombre de patientes de 30, 40 ou 50 ans présentant des conduites anorexiques et boulimiques complètement chronicisées depuis la fin de leur adolescence. La question passionnante que je me pose depuis ces années est de savoir comment améliorer ces prises en charge, comment être plus efficace et permettre à ces patientes de lâcher, un jour, définitivement leurs conduites pathologiques.

Formé avec des références psychanalytiques, ayant découvert dans un second temps les techniques cognitivo-comportementales, j'avais le sentiment que ces approches, au lieu de s'opposer, pouvaient se compléter dans les soins apportés à ces patientes. C'est dans cette perspective que la réflexion conduisant au programme thérapeutique présenté ici a progressivement vu le jour.

Ceci a été possible grâce à de nombreuses rencontres. Tout d'abord, je voudrais souligner l'importance des rencontres pluriquotidiennes avec toutes les patientes anorexiques et boulimiques qui ont accepté de me faire confiance et de me livrer toutes leurs réflexions et leurs angoisses. Avec leur autorisation, et en changeant leurs prénoms, je vais citer tout au long de ce livre des fragments de leurs discours. Ces patientes ont d'une manière collaborative participé à l'élaboration de ce programme


© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

thérapeutique. Elles ont accepté de faire des expériences, de tester des échelles, de donner leur avis sur certains aspects de la thérapie. Elles ont accepté de faire confiance à des thérapeutes qui leur disaient : « On va essayer quelque chose… ». Aujourd'hui au moment où ce programme thérapeutique est plus au point, je me dis que cette collaboration a été, pour elles aussi, un moteur de changement. Je crois qu'elles se sont senties actrices dans leur thérapie, libres d'inventer ce qui leur convenait, ayant une place, un rôle très important et très valorisé par l'équipe des thérapeutes. Aujourd'hui, même si j'y vois plus clair sur la prise en charge psychothérapique de ces pathologies, des zones d'ombre persistent et il est certain que cette démarche de soin est très améliorable. Aussi, je tiens à conserver à l'avenir ce type de relation avec les patientes : « Nous sommes là pour vous aider, mais nous n'allons pas vous proposer une "thérapie miracle" et il faut, toujours, que nous cherchions ensemble des pistes nouvelles ». C'est le premier conseil que je voudrais donner à des thérapeutes qui souhaitent prendre en charge ces patientes : même en lisant cet excellent livre (?), vous ne saurez pas tout. Alors cherchez, cherchez encore, expérimentez, et faites-le avec vos patientes !

Ensuite, il y a eu des rencontres avec des thérapeutes venant de tous horizons (thérapeutes comportementalistes, analystes, thérapeutes travaillant sur le corps, nutritionnistes, etc.) qui sont venus enrichir, au travers de leurs expériences, ce travail. Je reviendrai à plusieurs reprises dans ce livre sur l'apport considérable qu'a pu représenter l'expérience et la contribution de certains et de certaines d'entre eux. Il y a eu, également, la rencontre avec des équipes ayant beaucoup avancé et innové dans la direction de ces thérapies dialectiques de l'anorexie et de la boulimie. Je pense notamment à Alain Perroud à la clinique des Vallées en Haute-Savoie qui m'a gentiment ouvert les portes de sa clinique et montré l'apport considérable, pour les patientes, des groupes thérapeutiques qu'il a mis en place. Il m'a fait l'honneur de rédiger la préface de cet ouvrage et je l'en remercie. Dans cette préface, il évoque des théories modernes qui remettent en cause l'importance du rôle de la relation précoce mère-enfant dans la psychogenèse de ces troubles en faisant une large place à la génétique et au rôle de la société. Le modèle explicatif que je vais développer dans le livre accorde, lui, beaucoup plus d'importance aux relations intra-familiales précoces. Ces analyses un peu différentes illustrent bien la complexité du problème et le chemin qui reste encore à parcourir pour mieux comprendre et mieux traiter ces pathologies.

## De quelles patientes allons-nous parler ?

Tout d'abord, vous avez certainement remarqué que depuis les premières lignes, de ce livre je ne parle que de patientes et non pas de

patients. Je continuerai ainsi tout au long de cet ouvrage, et ce pour trois raisons :

- tout d'abord pour simplifier la rédaction de ce texte. Cela évite d'accorder au masculin et au féminin les noms, les adjectifs !
- du fait du sexe-ratio très en faveur des femmes par rapport aux hommes dans ces pathologies (plus de 90 % de femmes) ;
- parce que je présente dans ce livre un modèle thérapeutique qui fonctionne en partie avec des groupes psychothérapiques. Or, notre expérience n'a porté que sur des groupes de patientes. Cela a été une décision visant à homogénéiser ces groupes ; inclure des hommes nous étant apparu comme une difficulté supplémentaire.

Je ne vais pas aborder de manière exhaustive, dans ce livre, l'intégralité des troubles du comportement alimentaires. Notre travail ne porte que sur une partie de ces troubles.

Les troubles des conduites alimentaires sont classés, si l'on reprend le DSM-IV-TR, de la façon suivante :

J'ai choisi d'aborder dans ce livre uniquement le problème de l'anorexie mentale typique (restrictive pure ou avec boulimie/vomissements) et de la boulimie typique avec conduites de maîtrise de poids. Les patientes à qui s'adresse ce travail sont donc essentiellement des patientes en sous-poids, ou normopondérées mais cherchant à maigrir.

### Classification DSM-IV-TR

**Anorexie mentale**

- Anorexie purement restrictive.
- Anorexie avec crises de boulimie et vomissements provoqués.
- Anorexie mentale atypique (ou trouble des conduites alimentaires non spécifié). Ce sont des troubles alimentaires restrictifs qui ne remplissent pas tous les critères d'une anorexie mentale typique. Par exemple, on ne trouve pas le trouble de l'image du corps qui est indispensable pour pouvoir porter le diagnostic d'anorexie mentale typique. Je pense qu'il existe, aujourd'hui, des conduites alimentaires restrictives qui peuvent être graves mais qui ne correspondent pas à la problématique typique de l'anorexie mentale telle que nous la présenterons dans ce livre. J'y reviendrai dans le chapitre suivant consacré à la psychopathologie de l'anorexie et de la boulimie.

**Boulimie avec conduites de maîtrise du poids**

- Boulimie avec purges (vomissements provoqués ou prise de laxatifs).
- Boulimie avec autres comportements de maîtrise du poids (exercice physique excessif, alternance avec des périodes restrictives).
- Boulimie atypique (ou trouble des conduites alimentaires non spécifié).
- Boulimie sans conduites de maîtrise du poids = hyperphagie, boulimie.
- Autres compulsions alimentaires : grignotage, compulsion pour les aliments sucrés.

J'ai essayé, notamment sur le plan psychopathologique, de m'attacher aux spécificités de ces troubles. Élargir à l'ensemble des troubles du comportement alimentaire aurait rendu ce texte plus confus. D'autre part, l'expérience pratique que nous avons de ce type de thérapie a porté principalement sur ce type de patientes. Ceci dit, j'ai expérimenté ce type de thérapie pendant un an avec un groupe de patientes hyperphagiques boulimiques avec un succès certain. Cela m'a donné la conviction que ce type de thérapie pouvait être efficace dans ce type d'indications, moyennant certains aménagements. Une voie de recherche est, à mon sens, à poursuivre dans cette direction.

## À qui s'adresse ce livre ?

Il s'adresse principalement à des thérapeutes étant amenés à prendre en charge des patientes anorexiques ou boulimiques. Dans la mesure où (nous le verrons plus loin) la thérapie dialectique implique plusieurs intervenants, les soignants concernés par ce livre peuvent être des psychiatres, des médecins somaticiens, des psychologues, des diététiciennes, des infirmières, etc.

Ce livre peut également être consulté par des patientes qui souhaitent mieux comprendre leur pathologie. Elles pourront, en particulier, se référer aux « Notes distribuées aux participantes » qu'elles trouveront à la fin de chaque chapitre dans la partie consacrée aux ateliers psychothérapiques. Mais, en aucun cas, ce livre ne peut être considéré comme un manuel d'autothérapie, une méthode pour « s'en sortir toute seule ». Il ne peut venir que comme un complément d'une thérapie adaptée.

## Ce que ce travail ne prétend pas être

Ce n'est pas une « méthode miracle » pour soigner l'anorexie et la boulimie. Il y a, au moins sur ce point, un consensus entre tous les thérapeutes qui s'occupent de ces pathologies pour dire qu'une « méthode miracle » n'existera jamais ! Ce travail ne prétend pas présenter la meilleure solution thérapeutique pour toutes les patientes. Pour certaines, d'autres approches thérapeutiques peuvent être privilégiées. Ce n'est pas non plus un programme thérapeutique visant à éradiquer en quelques mois ces conduites alimentaires pathologiques.

Ce n'est pas une méthode thérapeutique parfaite. Tout d'abord nous verrons, plus loin, que la perfection est souvent un objectif irréaliste ! Même si ce programme thérapeutique utilise les techniques psychothérapiques les plus modernes, même si c'est le fruit de plusieurs années de réflexion et de recherche, même s'il a montré une évidente efficacité chez un nombre aujourd'hui important de patientes, cela reste une méthode thérapeutique très améliorable. J'espère que les lecteurs de

cet ouvrage, par leurs regards critiques et leurs expériences, vont faire progresser cette approche psychothérapique.

Ce livre ne va pas démontrer l'efficacité de cette démarche psychothérapique de manière scientifique et mesurable. Dans la mesure où il s'agit d'un protocole de soins récent, il est prématuré de vouloir présenter des résultats évalués à l'aide d'échelles. Ce travail est en cours et fera l'objet de publications ultérieures.

# Chapitre 1

# Rappels sur la psychopathologie de l'anorexie et de la boulimie et les traitements actuels

## Un facteur prédisposant majeur

Un mauvais déroulement d'un processus, indispensable à notre maturation psychologique, le processus de séparation individuation, va prédisposer à l'apparition de ces troubles. C'est ce processus de séparation-individuation qui nous permet de passer d'une relation fusionnelle à notre mère à une position d'adulte avec une identité propre, une autonomie, et une position de sujet, d'acteur de notre vie. C'est un travail de subjectivation différenciatrice. Certains fonctionnements familiaux peuvent perturber ce processus d'individuation-séparation et favoriser l'apparition de conduites boulimiques ou anorexiques.

### Des liens affectifs insuffisamment sécurisants !

Dans l'histoire des patientes anorexiques ou boulimiques nous retrouvons, très souvent, une relation à la mère vécue comme non sécurisante. Soit la mère n'est pas démonstrative d'affection, soit elle n'est pas stable, régulière, dans sa façon d'entourer affectivement son enfant. Certaines mères donnent à l'enfant le sentiment d'un amour sous condition : « Si tu es sage, si tu es comme je veux, je vais te montrer mon amour, sinon je me détache de toi ». Certaines n'arrivent pas à créer un lien affectif sécurisant car elles n'ont pas connu cette qualité de relation avec leur propre mère. D'autres sont fragiles psychologiquement et présentent, par exemple, des états dépressifs lors desquels elles ne sont plus disponibles pour leur enfant. Le père, par son absence, ne peut pas prendre le relais de cette mère défaillante.

Un lien insuffisamment sécurisant va conduire à une pathologie de la dépendance avec une dépendance excessive et un refus de la dépendance.

*Anorexie et boulimie*
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Une dépendance excessive

Le manque de sécurité affective dans l'enfance va conduire à une recherche permanente de ce lien idéalement sécurisant qui a fait défaut. Il va s'instaurer une dépendance, un agrippement, vis-à-vis de tout objet qui remplira cette fonction de parent idéal. On peut parler de « faim d'objet ». Cela va rendre compte de dépendances repérables chez les patientes anorexiques ou boulimiques :

- dépendances affectives avec l'angoisse d'être abandonnée ;
- dépendance addictive à la nourriture dans la boulimie (fréquemment associée à d'autres addictions). Cette addiction à la nourriture peut se comprendre par le fait que la nourriture participe essentiellement au premier lien à l'autre, dans l'enfance. À l'objet humain la patiente boulimique va substituer un objet alimentaire ;
- dépendance aux sensations fortes liées aux restrictions alimentaires dans l'anorexie ou aux crises boulimiques ;
- dépendance à toutes formes de contrôle. Contrôler quelque chose (le chiffre du poids sur la balance, la nourriture, la forme du corps, le destin par des rituels conjuratoires), c'est s'accrocher à des repères sécurisants face aux angoisses de vide et d'abandon ;
- dépendance à des conduites alimentaires pathologiques qui sont si difficiles à lâcher.

## Un refus du lien

Les relations précoces insécures qu'ont vécues ces patientes vont les conduire à une position défensive de refus de toute forme de dépendance, à la recherche d'une position d'autosuffisance. Plusieurs auteurs parlent de « faim de non-recevoir ». La quête illusoire des anorexiques de pouvoir vivre sans manger, les vomissements boulimiques, peuvent se comprendre selon cette perspective.

Lorsque l'on a manqué de sécurité affective dans l'enfance, on peut avoir peur de se lier à quelqu'un pour ne pas faire de nouveau l'expérience de ce que l'on a vécu comme un abandon. Toute forme de lien, d'attachement, de dépendance va apparaître comme dangereuse. Ce refus, défensif, de toute forme de dépendance va procurer un sentiment de sécurité : « Je ne risque pas d'être abandonnée car je ne dépends de rien, ni de personne ». Cela va se traduire par un refus de dépendance affective, mais aussi par un refus de toute forme de dépendance, notamment vis-à-vis des besoins. Il se met en place une recherche vitale, défensive, d'autonomie. « Si j'arrive à me priver de quelque chose, alors si les autres m'en privent, je le ressentirai moins violemment. »

Être anorexique, c'est se rationner. Se rationner : c'est garder chaque jour le minimum nécessaire pour vivre afin de tenir plus longtemps si l'on pense que l'on va connaître un manque. C'est un réflexe de survie

lorsqu'on risque de manquer de quelque chose dont on a besoin. Si les anorexiques se rationnent en nourriture, ce n'est pas pour se protéger d'un manque alimentaire mais d'un manque de sécurité affective. Se rationner est une tentative de maîtrise de la relation de dépendance.

Nous avons vu, plus haut, que lorsque l'on a manqué de sécurité affective dans l'enfance, il va s'instaurer une dépendance vis-à-vis des objets externes. Cette dépendance peut conduire à une angoisse d'emprise par ces objets. Ce qui fait peur aux patientes anorexiques, c'est de devenir boulimiques. C'est de devoir répondre « incontrôlement » au besoin d'un objet extérieur. Les liens précoces insécures qu'ont vécus ces patientes ne leur donnent pas le sentiment qu'elles vont pouvoir se dégager de l'emprise exercée par ce dont elles ont besoin. Elles se sentent dans une position où, pour ne pas perdre l'objet, elles vont devoir se conformer à ce qu'elles ressentent comme une attente de l'objet. Elles vont, de manière défensive, tenter d'exercer un contrôle sur cette relation à l'objet.

## Les besoins de l'enfant mal pris en compte

Très souvent, on retrouve dans l'histoire de nos patientes anorexiques ou boulimiques une attitude des parents qui ne prennent pas suffisamment en compte les désirs propres de l'enfant et ses besoins singuliers. C'est un fonctionnement du type : « C'est moi qui sais ce dont tu as besoin, je sais ce qui est bien pour toi, c'est moi qui vais décider pour toi ».

## Une famille où les conflits sont évités

Avant l'apparition des troubles alimentaires, les jeunes filles dont nous parlons sont souvent décrites comme très sages, ne s'étant jamais opposées aux parents. Elles ont toujours évité les conflits car, pour pouvoir s'opposer, il faut être suffisamment en sécurité affective. Un enfant en insécurité va toujours se conformer au désir de ses parents de peur d'être rejeté, abandonné. D'autre part, cette position de conformité et d'obéissance va être renforcée si les parents tolèrent mal un certain degré d'opposition de la part de leur enfant. Si les parents adoptent toujours une position trop autoritaire et culpabilisante, l'enfant ne pourra prendre le risque d'un conflit et ne pourra que se soumettre, au risque de ne pas construire sa propre identité.

La plupart des études s'accordent sur le fait que la famille de l'anorexique se montre extrêmement conformiste et sans conflits (Nicot, 2005). Ces jeunes filles qui ne s'opposent pas à leurs parents vont reproduire ce type de fonctionnement dans toutes leurs relations avec un déficit d'affirmation de soi important.

Les conduites anorexiques ou boulimiques peuvent être comprises comme des conduites d'opposition, un acte de révolte (refus alimentaire, rejet de la nourriture). C'est une façon d'affirmer son identité, faute de pouvoir le faire autrement. C'est une façon de « désobéir tout en continuant à obéir ».

> ***Juste leur désobéir***
>
> « J'avais l'impression que pour avoir l'amour de mes parents, il fallait leur obéir tout le temps, être parfaite.
> L'anorexie, ça me libère de mes parents. Ca me permet de ne pas me détacher d'eux, mais juste de leur désobéir ».

## Des parents qui ne laissent pas l'enfant grandir, s'autonomiser, partir

Certaines mères vont entretenir une dépendance car elles ne veulent pas que leur enfant s'éloigne d'elles. Elles vont entretenir une relation d'emprise sur leur enfant. Cela peut se comprendre par une dépendance qu'elles ont, elles-mêmes, vis-à-vis de leur enfant qui est mis en position de combler leurs propres manques. Le père doit, normalement, jouer un rôle de tiers séparateur entre la mère et l'enfant. Son absence (qu'elle soit due à lui, ou au fait que la mère l'écarte de cette relation) va fixer cette emprise et empêcher l'autonomisation de l'enfant.

## Une identité difficile à trouver au sein d'une fratrie

Lorsqu'il y a plusieurs enfants, il peut arriver que les parents ne prennent pas assez en compte la singularité de chaque enfant, comme si chacun devait se « couler dans un même moule ». L'enfant aura, alors, des difficultés à trouver sa propre individualité, sa propre identité par rapport au reste de la famille. Le trouble alimentaire peut se comprendre comme un moyen de se singulariser, de se différencier, de solliciter une attention particulière. C'est parfois le cas dans des situations de gémellarité.

Dans le même ordre d'idées, lorsqu'un frère ou une sœur est gravement malade, les parents peuvent polariser toute leur attention sur un enfant malade (ou qui pose des problèmes psychologiques ou de comportement). Le frère ou la sœur qui va bien peut se sentir abandonné, il peut aussi chercher à ne pas rajouter de problèmes aux parents. Pour cela, il n'affirmera pas ses désirs, il ne dira jamais qu'il ne va pas bien, il ne s'opposera pas, au prix de ne pas se sentir exister.

> ***Charlotte ne voulait pas un être un poids***
>
> « Il y avait beaucoup de problèmes dans ma famille avec mes frères et sœurs. Ma mère était très préoccupée par eux. Moi je ne voulais pas être un poids. Je faisais tout, parfaitement, pour ne pas poser de problèmes. » À force de chercher à ne plus être un poids, aujourd'hui Charlotte pèse 38 kg ! Aujourd'hui, le souci de la maladie de Charlotte pèse sur toute la famille.

Mais, de la même manière qu'il n'est pas facile de trouver sa place lorsqu'un frère ou une sœur va mal, il n'est pas aisé, non plus, de le faire lorsqu'un frère ou une sœur va trop bien ! Si un frère, ou une sœur, réussit très bien tout ce qu'il entreprend, si il, ou elle, ne pose pas de problème, si tout le monde loue les mérites de cet enfant parfait, la maladie anorexique peut être un moyen de trouver sa place en réussissant quelque chose que l'autre n'arrive pas à faire.

## L'intimité de l'enfant non respectée

Le respect de son intimité est un besoin tout à fait fondamental chez l'enfant. Le non-respect de l'intimité peut être le fait de parents intrusifs, qui ne respectent pas l'intimité de leur enfant, n'acceptant pas les secrets, l'intimité sexuelle, etc.

Dans ce registre, les situations les plus graves sont les effractions sexuelles. Qu'ils s'agissent d'agressions avec pénétration, d'attouchements ou d'attitudes incestueuses, les limites de l'intimité ne sont pas respectées. Les frontières du moi sont attaquées de manière traumatique.

**Au total : deux angoisses fondamentales**

On peut faire du mauvais déroulement du processus d'individuation-séparation le pivot de ce qui va conduire à la mise en place, ultérieure, des conduites anorexiques et boulimiques. Ces dysfonctionnements intrafamiliaux vont fixer deux angoisses humaines fondamentales : *l'angoisse d'être abandonnée*, d'une part, et une *angoisse de fusion-intrusion* d'autre part. Il existe l'angoisse que l'Autre soit trop loin : c'est l'angoisse d'abandon, ou que l'Autre soit trop près : c'est l'angoisse de fusion, d'emprise ou d'intrusion.

Ces deux angoisses sont liées. En effet, en cas d'insécurité avec une dépendance très importante à l'Autre, l'intensité du besoin de l'Autre lui confère un pouvoir important. La peur de perdre l'Autre conduit à une soumission aux désirs supposés de l'Autre. La peur d'être « désaimé » va conduire à tout accepter de l'Autre, à une soumission à lui. On ne peut plus choisir ce que l'on souhaite recevoir de l'Autre, de peur de le perdre ; c'est la porte ouverte à l'intrusion et à l'emprise. À l'inverse,

le manque de conscience de soi, de confiance en soi, le fait d'être piégé dans des relations fusionnelles ou intrusives, ne permet pas de s'autonomiser vis-à-vis de l'Autre. On va rester dépendant de l'Autre avec la peur qu'il nous laisse.

Les conduites anorexiques et boulimiques peuvent se comprendre comme un moyen de défense contre ces angoisses. Th. Vincent résume cela par la phrase suivante : « Les conduites anorexiques et boulimiques sont des tentatives désespérées d'ajustage de la relation d'objet. Trop prêt l'objet est dangereux, trop loin, on l'a perdu » (communication personnelle, Grenoble, 2005). C'est ce que Victoria, boulimique vomisseuse, exprime à sa mère : « J'ai besoin de t'expulser, mais si tu pars je meure ».

**Ce qu'il faut retenir**

Par rapport aux angoisses d'abandon, les conduites anorexiques ou boulimiques peuvent se comprendre ainsi : « Si je n'ai besoin de plus rien, plus rien ne m'abandonnera ».

En ce qui concerne les angoisses d'emprise et d'intrusion, l'objet est trop près. L'intrusion est angoissante car existe un risque d'emprise par l'objet intrusif, mais aussi un risque de perte d'identité, de dépossession de soi, d'effacement dans une fusion. Les conduites de maîtrise de poids peuvent se comprendre de la manière suivante : « Si je ne pèse plus rien, plus rien ne pèsera sur moi ».

Ceci est tout à fait essentiel et sera le fil conducteur de tout cet ouvrage. Lorsque je détaillerai, plus loin, certains aspects de la problématique anorexique et boulimique je partirai toujours de cette double angoisse : d'abandon, d'une part et de fusion et d'intrusion d'autre part. Ces angoisses caractérisent la problématique de l'anorexie mentale typique ainsi que de la boulimie typique. C'est ce qui permet, à mon sens, de les différentier des autres conduites alimentaires restrictives (pseudo-anorexie mentale) où les problématiques sont souvent différentes (imitation, conversion hystérique, manipulation de l'entourage familiale, adhésion perfectionniste aux modèles des mannequins).

D'autres facteurs prédisposants importants peuvent être retenus, comme des facteurs génétiques ou sociétaux. Je reprendrai, dans d'autres chapitres, l'importance de certains facteurs sociétaux.

## Différents facteurs de déclenchement

### La puberté

À cette période de la vie de la jeune fille, son corps change sans qu'elle ne puisse le contrôler, il se sexualise, pouvant devenir objet de désir ou

objet de rivalité de la part des autres. Ces transformations pubertaires sont, souvent, difficiles à traverser. Ceci d'autant que, par rapport aux garçons, c'est une période où les filles ont plus tendance à prendre du poids qu'à grandir. Cette difficulté va être accentuée si la puberté est précoce et qu'elle marginalise la jeune fille (*cf.* les travaux cités par M. Corcos, 2005). Chez des jeunes filles prédisposées, c'est le moment où peuvent apparaître des troubles du comportement alimentaire visant à « reprendre le contrôle » sur ce corps qui se transforme et à effacer les stigmates de cette féminité naissante et mal acceptée. L'amaigrissement efface les rondeurs féminines qui viennent d'apparaître et l'aménorrhée fixe pour longtemps la jeune fille dans l'« asexualisation ».

## L'adolescence

C'est le facteur de déclenchement principal. L'adolescence est tout à la fois le renoncement à l'enfance, l'acquisition d'une autonomie vis-à-vis des parents, l'acquisition d'une identité avec l'affirmation de ses propres désirs, les premiers liens amoureux avec l'expérimentation de nouveaux attachements et de pertes. Cela suppose que les différentes étapes du processus d'individuation-séparation aient été correctement vécues. Sinon, l'adolescence va réactiver les angoisses infantiles évoquées plus haut.

## Des pertes

C'est, souvent, la perte d'une relation d'appui et de complémentarité. Un grand frère ou une grande sœur qui part de la maison, une amie intime qui déménage ou avec qui elle s'est disputée, un groupe d'amis qu'elle ne voit plus du fait d'un changement d'établissement scolaire ou d'un déménagement. Il peut s'agir, aussi, d'une rupture amoureuse. Ces pertes réactualisent des expériences infantiles vécues comme des abandons. Je rapprocherais de ces exemples le fait qu'un des parents tombe gravement malade. C'est la perte d'un point d'appui sécurisant.

## Un nouveau lien affectif ou amoureux

Pour ces jeunes filles, un lien représente un danger, avec, nous venons de le voir, la peur de la perte, mais aussi la peur de l'emprise ou de la fusion avec une perte d'identité.

## Un régime décidé

Les jeunes filles anorexiques ou boulimiques présentent, parfois, dans l'enfance, ou au moment de la puberté, une surcharge pondérale. Cette surcharge peut être liée à un trouble du comportement alimentaire précoce. Elle est très souvent modérée mais inacceptable pour elles au moment de l'adolescence, du fait du diktat social de la minceur. Au

moment où elles se préoccupent de leur image physique, elles commencent un régime et découvrent qu'elles peuvent maîtriser leur corps, avec ce sentiment de toute puissance que cela leur procure, et elles ne vont plus s'arrêter. Nous verrons, dans un chapitre prochain comment, à partir de ce moment, des règles nutritionnelles, des croyances, vont prendre le pas sur leurs sensations alimentaires et aliéner ces jeunes filles. C'est la même chose quand elles croient découvrir, à travers les vomissements provoqués, un moyen de maigrir tout en mangeant ce qu'elles veulent.

### Un régime imposé

C'est le cas de sportives ou de danseuses ou de mannequins à qui l'on impose de façon directive un poids, un régime alimentaire. Nous verrons, plus loin, qu'il n'est pas possible d'atteindre un poids inférieur au poids naturel et génétiquement programmé sans une restriction alimentaire qui conduira, immanquablement, à un trouble du comportement alimentaire. Elles revivent, lorsqu'on leur demande de perdre du poids, des expériences infantiles où leurs besoins ne sont pas pris en compte, où ce sont les autres qui décident à leur place.

### Un traumatisme

Un traumatisme peut être de plusieurs types. Cela peut être une agression sexuelle, mais également un traumatisme lié à une agression, à un accident, à une catastrophe, etc. Un traumatisme est une invasion brutale de quelque chose de sensationnel, avec un sentiment de soumission à ce qui se passe. Lors d'un traumatisme, il y a des sensations qui rentrent par tous les sens. Un traumatisme renvoie à une intrusion, subie, où rien n'est maîtrisé. Il existe une soumission à l'événement.

## Facteurs de maintien des troubles

Différents facteurs vont faire qu'après les premières crises de boulimie ou les premières restrictions anorexiques, des engrenages vont se mettre en place et les patientes vont se trouver prises au piège de ces conduites avec d'énormes difficultés à faire marche arrière. Si l'on veut jouer avec les mots, on pourrait dire qu'une fois les troubles apparus, ils s'auto-alimentent…

### Des facteurs liés aux effets physiologiques de la dénutrition

La dénutrition va compliquer et pérenniser le trouble du comportement alimentaire.

La dénutrition exacerbe le besoin de manger. Les patientes dénutries peuvent ressentir un besoin alimentaire très important qui va favoriser des pertes de contrôle alimentaire, parfois de type boulimique. Ces pertes de contrôle, mal vécues, renforcent les comportements restrictifs ou multiplient les vomissements, entraînant une spirale infernale. C'est ce qu'a montré l'expérience de Keys en 1950 qui a porté sur 36 hommes en bonne santé chez qui on a réduit de 50 % les apports caloriques pendant six mois. Ceci a entraîné, chez eux, une perte de poids de 25 %, en moyenne. Ils ont présenté des obsessions croissantes concernant la nourriture et d'authentiques crises de boulimie.

Le fait de sauter des repas, de manger en très grosse quantité plusieurs fois au cours de la journée, de manger la nuit, perturbent tous les rythmes biologiques, les horloges internes. Progressivement, ces jeunes filles n'ont plus aucun rythme. La faim, le sommeil peuvent survenir à toute heure, ce qui accentue leur sentiment de perte de contrôle.

La dénutrition va entraîner une asthénie importante et parfois, par des mécanismes biologiques, un véritable état dépressif. Chez des jeunes filles très dénutries, le seul fait de mettre en place une renutrition corrige un état dépressif qui au départ aurait pu conduire à la prescription d'un antidépresseur. Cette asthénie ou cet état dépressif va accentuer le sentiment d'inefficacité personnelle dont je parlerai dans le chapitre 4 et va conduire à l'accentuation des conduites de maîtrise de l'alimentation et du poids, ce qui, bien évidement, va aggraver le problème.

Des modifications du transit digestif apparaissent au bout d'un certain temps de dénutrition. Ces modifications sont liées, entre autres, à une perte d'une partie de la musculature lisse de l'appareil digestif, à une atrophie des villosités intestinales. Les prises alimentaires vont donner, à ces jeunes filles qui veulent un ventre vide et plat, le sentiment de mal digérer, d'avoir un ventre qui grossit, d'avoir trop mangé. Elles vont souvent avoir des troubles du transit avec constipation (ce qui leur donne le sentiment que la nourriture s'entasse dans leur corps) ou de la diarrhée (ce qui leur fait perdre du poids). Là encore, c'est un cercle vicieux qui s'installe : ce n'est pas l'accentuation de la restriction, la multiplication des vomissements, ou l'usage des laxatifs qui vont arranger les choses !

Au bout d'un temps long de dénutrition l'organisme trouve une forme d'adaptation avec un métabolisme particulier. La reprise de poids peut nécessiter, alors, des apports alimentaires extrêmement importants (parfois entre 2 000 et 3 000 kcal par jour). Il y a une résistance du corps à la renutrition. Cela représente pour ces patientes un effort important qu'il est difficile de maintenir sur une longue durée. Elles sont constamment obligées de se forcer à manger, ont mal au ventre, digèrent mal, elles ont des troubles du transit. Parfois apparaissent des manifestations somatiques liées à la renutrition (tachycardie, bouffées

de chaleur) ; parfois lorsque la dénutrition est très importante et la renutrition trop rapide, c'est le syndrome inapproprié de renutrition qui peut être mortel. Pour comprendre l'effort que peut demander une reprise de poids, imaginez que l'on vous demande de prendre 10 kg alors que vous avez un poids normal depuis longtemps !

Nous voyons que les patientes dénutries sont prises dans une série de cercles vicieux qui vont entretenir leurs troubles. Il sera indispensable d'en tenir compte dans la démarche de soins.

## Une identité de substitution

Ces jeunes filles ont un problème d'identité. Cette interrogation sur l'identité qui est normale au moment de l'adolescence se pose, pour elles, de façon plus difficile. Citons P. Jeammet (2005) « Le trouble du comportement alimentaire devient une identité de substitution à laquelle elle se cramponne pour ne pas se perdre. L'interrogation se pose en ces termes : Si je ne suis pas anorexique, qui suis-je ? ». Selon B. Brusset (2008) : « L'identité anorexique fournit une solution aux conflits insolubles des identifications, notamment comme contre-identification à la mère ; l'identité anorexique est ressentie comme la possibilité de se reconnaître et d'être confirmé dans le regard de l'autre dans une représentation originale de soi en rupture avec les références communes à l'âge, au sexe et surtout à la famille ». Elles trouvent dans leur trouble alimentaire une « exceptionnalité » à laquelle elles s'accrochent, car elle leur confère une identité.

> ***La profession de Sabrina***
>
> En remplissant un questionnaire administratif, Sabrina a fait un lapsus d'écriture. À la question : profession ? Elle a répondu « anorexique »…

## Agrippement au trouble du comportement alimentaire

Les conduites anorexiques et boulimiques, lorsqu'elles existent depuis longtemps, constituent un repère sécurisant vis-à-vis de l'angoisse d'abandon toujours présente chez ces patientes. Elles ont une addiction à leur trouble alimentaire qui représente un objet transitionnel, un véritable « doudou ». Changer, c'est perdre ce repère, c'est angoissant ! Il existe une angoisse de changer (changer de poids, changer de comportement alimentaire, changer de corps, etc.) avec l'idée que s'il y a un changement, il n'y a rien d'autre à la place. Parfois, elles ont le sentiment qu'en lâchant la main de ces repères, il n'y aura que du vide : « Ne pas changer, car il n'y a pas d'échange ». Ce manque à vivre que devient la maladie au bout de plusieurs années représente une sécurité. Elles trouvent des sensations fortes dans leurs troubles

qui leur paraissent plus sûrs qu'une vie sans la maladie où elles ont peur d'être déçues ou insatisfaites.

C'est ce qui fait « crier », par écrit, à Valérie un jour où elle était angoissée alors qu'elle avait cessé de se restreindre sur le plan alimentaire depuis plusieurs mois : « Reviens anorexie ! Ne me laisse pas ! ».

## Une attention plus soutenue de la part des autres

Face au trouble alimentaire, l'entourage est généralement plus présent qu'auparavant et assez pressant quant à une reprise de poids. De ce fait, l'idée de guérir du trouble alimentaire peut se heurter à une résistance liée aux deux angoisses que j'ai déjà mises en exergue :

- l'angoisse d'être abandonnée : « Si je guéris, on ne va plus s'occuper de moi ». Cela rejoint ce qui peut se passer dans la relation entre un petit enfant et sa mère : Si l'enfant dit : « Ça va, Maman, tout va bien », la mère rassurée va s'éloigner, alors que si l'enfant dit : « Je suis malade, Maman, je ne me sens pas bien », la mère, anxieuse, va rester auprès de lui ;
- l'angoisse d'emprise : « Si je guéris, je cède au désir des autres. Je vais faire plaisir à des personnes à qui je n'ai pas envie de faire plaisir ».

Pour la jeune fille anorexique ou boulimique, le trouble alimentaire est un moyen de se détacher, mais c'est aussi un moyen de montrer qu'elle est là.

## Un trouble de la perception de l'image du corps

Le trouble de la perception de l'image du corps fait partie de la définition diagnostique de l'anorexie typique et est présent, aussi, chez les patientes boulimiques en sous-poids. Elles ont une perception faussée de leur silhouette, se trouvant trop grosses, alors qu'elles sont dans une maigreur pathologique. Ce trouble de l'image du corps peut être expliqué de différentes façons, j'y reviendrai plus loin. Je voulais juste souligner que cela participe, de manière évidente, au maintien de ces troubles. Comment, en effet, accepter de prendre 10 kilos lorsque l'on se trouve déjà trop grosse ?

## Des traitements inadaptés

Aujourd'hui, un grand nombre de patientes anorexiques et boulimiques sont correctement prises en charge. Mais pour d'autres, le suivi thérapeutique est inadapté. Une prise en charge thérapeutique inappropriée peut contribuer à maintenir les troubles, voire à les aggraver.

Si la prise en charge thérapeutique est « trop loin », la patiente ne se sent pas assez aidée, elle se sent « abandonnée » face à sa maladie. Cela va réactiver ses angoisses infantiles d'abandon et de non-protection. C'est ce qui se passe lorsque le suivi est trop espacé, les thérapeutes trop

silencieux, lorsqu'il n'y pas de réassurance vis-à-vis des nombreuses angoisses.

Si la prise en charge thérapeutique est « trop près », elle va générer un sentiment d'emprise et d'intrusion, entraînant une contre-réaction de renforcement des conduites défensives anorexiques ou boulimiques. C'est le cas lorsque les approches thérapeutiques sont trop directives, trop « autoritaires » ou trop intrusives. C'est le cas lorsque les thérapeutes ne respectent pas les désirs, les limites, la singularité de la patiente.

Ces traitements inadaptés risquent, de toute façon, d'amener à des abandons de traitement qui ouvrent la porte de la chronicité.

## Une problématique centrale déclinée en quatre concepts

Le programme thérapeutique que je présente dans ce livre s'articule autour d'une déclinaison en quatre concepts de cette problématique centrale. Nous allons, à chaque fois, retrouver les angoisses d'abandon et les angoisses de fusion, intrusion, emprise. Pour chacun de ces concepts, il sera repéré l'importance des facteurs prédisposants, des facteurs déclencheurs et des facteurs de maintien évoqués précédemment. Ces quatre concepts sont les suivants :

- le sentiment d'inefficacité personnelle ;
- la dysrégulation émotionnelle ;
- la porosité des frontières ;
- la restriction cognitive.

Ces concepts vont organiser toute une partie du programme thérapeutique et, comme je l'expliquerai plus loin, ils vont correspondre à quatre modules de la thérapie.

## Les traitements les plus utilisés actuellement

Les prises en charge actuelles, qu'elles soient ambulatoires ou hospitalières, combinent la plupart du temps une approche psychothérapique et des soins de renutrition. L'hospitalisation est réservée aux formes sévères (dénutrition trop importante, complications somatiques, comorbidités psychiatriques graves, échecs des prises en charge ambulatoires).

Les principales approches psychothérapiques utilisées pour traiter ces patientes sont :

- les psychothérapies d'inspiration analytique ;
- les thérapies cognitivo-comportementales ;
- les thérapies familiales ;
- les thérapies psychocorporelles.

Ces thérapies sont menées la plupart du temps de manière individuelle.

Chacune de ces approches revêt un intérêt particulier. De nombreuses patientes ont pu être aidées très efficacement par l'une ou l'autre de ces approches. En revanche, pour d'autres, on a parfois le sentiment qu'elles n'arrivent pas à sortir de leurs conduites pathologiques car le travail psychothérapique qui a été proposé trouve ses limites. Par exemple, il m'a été donné de rencontrer des patientes qui avaient fait un long travail psychothérapique de type analytique et qui continuaient à présenter des conduites alimentaires pathologiques, même si cette démarche avait été accompagnée d'un travail de renutrition. Cela est vrai, de la même manière pour des patientes ayant été prises en charge sur un mode uniquement de type cognitivo-comportemental.

L'idée qui est à l'origine du programme thérapeutique présenté ici est de renforcer l'efficacité de la prise en charge psychothérapique en associant différents types d'approches et en combinant des soins individuels et des ateliers psychothérapiques en groupe. On peut imaginer différentes manières de mettre en place ces combinaisons thérapeutiques, que ce soit en ambulatoire ou dans un cadre d'hospitalisation. Le programme de soins présenté dans cet ouvrage constitue l'une des modalités possibles. Il permet, aussi, d'enrichir la prise en charge des patientes anorexiques ou boulimiques par des outils thérapeutiques qui sont aujourd'hui largement utilisés dans la prise en charge des patients présentant des troubles de la personnalité de type état limite.

# Chapitre 2

# La thérapie dialectique de l'anorexie et de la boulimie

## Principes, modalités pratiques

Parmi les modèles psychothérapiques existants, celui qui se rapproche, le plus, de l'idée de combiner plusieurs approches thérapeutiques et de travailler, avec ces patientes, en individuel et en groupe est la thérapie comportementale dialectique mise au point au départ par M. Linehan pour les patients suicidaires présentant un trouble de la personnalité état limite. Dans la thérapie comportementale dialectique on retrouve l'association d'un suivi individuel et d'ateliers de groupes, un travail centré sur les stratégies de changement mais, aussi, un travail d'acceptation, un travail sur la gestion des émotions et sur l'efficacité interpersonnelle. Cette approche est d'autant plus adaptée à la prise en charge des conduites anorexiques ou boulimiques qu'elle est conçue au départ pour les troubles de la personnalité limite, et que derrière l'arbre de ces conduites alimentaires pathologiques se cache très souvent la forêt d'un trouble de la personnalité limite.

En choisissant le terme de dialectique, M. Linehan (2000) a voulu souligner que sa thérapie avait pour but, pour certains aspects fondamentaux, une synthèse sur des points opposés. En effet, la dialectique est l'art de parler, de dialoguer, en dépassant les contradictions existantes entre simples opinions. Cela décrit, en philosophie, une méthode de pensée qui procède par oppositions et dépassement de ces oppositions. C'est le principe de la synthèse entre thèse et antithèse. On peut le formuler autrement en disant que la dialectique repose sur l'antinomie et le dépassement de cette antinomie.

Le programme thérapeutique présenté ici est, justement, fondamentalement fondé sur le dépassement, la synthèse de positions au départ opposées, ou antinomiques.

**Le programme thérapeutique**

- Il propose d'associer un travail psychodynamique, un travail cognitivo-comportemental et un travail psycho-corporel.

*Anorexie et boulimie*
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

- Il va associer un travail individuel et un travail en groupe.
- Il va utiliser des techniques de changements comportementaux et des techniques d'acceptation de ce que la patiente est, de ce qu'elle ressent, de ce qu'elle vit. Il repose sur un équilibre entre des techniques de changements et des techniques d'acceptation.
- Le travail psychothérapique va chercher à réduire les mécanismes dichotomiques de clivage dans lesquels sont enfermées ces patientes.
- Parmi ces clivages, cette thérapie va chercher à remettre en lien l'esprit et le corps qui, nous le verrons plus loin, sont dissociés dans ces pathologies.

## Trois principes fondamentaux de la thérapie dialectique

### La « voie du milieu »

Un des objectifs principaux du travail psychothérapique dialectique est de reconnaître des polarités dichotomiques et de dépasser ces polarités. Ceci correspond, d'un point de vue bouddhiste, à « marcher sur la voie du milieu ». Les principales polarités dichotomiques retrouvées chez les patientes anorexiques ou boulimiques sont présentées à la page 24. Elles sont figées sur des polarités de type « soit… soit… » au lieu d'être dans des positions nuancées de type « ni…, ni….. » ou « et…, et… » (Linehan, 2000). Ces polarités dichotomiques correspondent à ce que l'on appelle « clivage » dans les théories psychanalytiques. Un des objectifs de l'approche dialectique est de trouver la synthèse de ces polarités. L'accent qui est mis dans la thérapie dialectique sur les pensées dichotomiques correspond à celui qui est mis lors des thérapies cognitives sur les pensées dysfonctionnelles (Linehan, 2000).

Transcender ces polarités, c'est concevoir la réalité comme complexe et multiple.

### Changement et acceptation

Dans la thérapie dialectique seront développées des stratégies de changement et des stratégies fondées sur l'acceptation. Tout au long de la thérapie, on va inciter les patientes à la fois à changer, à la fois à se valider. La thérapie va chercher à augmenter leur capacité à changer ce qu'elles peuvent changer et qu'elles désirent changer, et à accepter ce qu'elles ne peuvent pas changer (Linehan, 2000). Ceci représente l'une des différences majeures avec les thérapies cognitivo-comportementales classiques qui privilégient les stratégies de changement. Dans la deuxième partie de cet ouvrage je reviendrai à de nombreuses reprises sur la notion d'acceptation qui est l'une des lignes directrices majeures de ce programme thérapeutique.

## L'hypothèse que les patientes veulent s'améliorer et font de leur mieux

Il peut paraître contestable de poser cette hypothèse comme l'un des principes fondamentaux d'une démarche thérapeutique s'adressant à des patientes anorexiques ou boulimiques lorsque l'on sait avec qu'elle fréquence elles sont dans le déni de la gravité de leurs troubles, et les difficultés que l'on rencontre, parfois, à leur faire accepter des soins. Mais, je le préciserai plus loin, il n'est pas proposé d'emblée à des patientes anorexiques ou boulimiques de rentrer dans un programme de thérapie dialectique. Il est nécessaire qu'il y ait eu, auparavant, un travail portant sur le déni de la gravité du problème et conduisant à accepter les soins en en comprenant les enjeux, à être dans une alliance thérapeutique.

À partir du moment où les patientes s'engagent dans ce programme de soin, il est fondamental de partir de l'hypothèse qu'elles veulent s'améliorer et qu'elles font de leur mieux. Je trouve qu'il est extrêmement délétère de dire à des patientes anorexiques ou boulimiques qu'elles ne veulent pas progresser ou qu'elles ne font pas d'efforts. Pour elles, changer peut être angoissant, être aidées peut être compliqué, reprendre du poids est extrêmement difficile. En tant que thérapeute, on doit toujours garder à l'esprit qu'elles veulent s'améliorer et qu'elles font de leur mieux.

**L'hypothèse du meilleur**

M. Linehan (2000) met l'accent sur ce point. C'est ce qu'elle appelle « l'hypothèse du meilleur » : « Il est utile que le thérapeute fasse souvent des commentaires à la patiente quant au fait qu'il sait qu'elle cherche à s'améliorer et qu'elle fait de son mieux… Chaque fois que la patiente dit qu'elle aurait pu faire mieux, le thérapeute répondra qu'elle a fait de son mieux. C'est une stratégie de validation. Ces patientes ont, souvent, une sous-estimation de leurs compétences et l'encouragement est important. Il est essentiel que la patiente sente que le thérapeute "croit en elle" qu'il est convaincu qu'elle pourra, à un moment ou à un autre, atteindre les objectifs qui ont été fixés ».

Je voudrais, ici, souligner que dans tout ce travail psychothérapique, il est un point sur lequel il faut toujours revenir et travailler : c'est la faible estime de soi de ces patientes. À chaque étape de la thérapie, il est essentiel d'avoir en perspective le fait d'augmenter l'estime de soi, de renarcissiser ces patientes (fig. 2.1).

## Le travail psychothérapique individuel et en groupe

Le principe de ce programme est d'associer des entretiens individuels avec une orientation plutôt psychodynamique et des ateliers psychothérapiques en groupe avec une orientation cognitivo-comportementale.

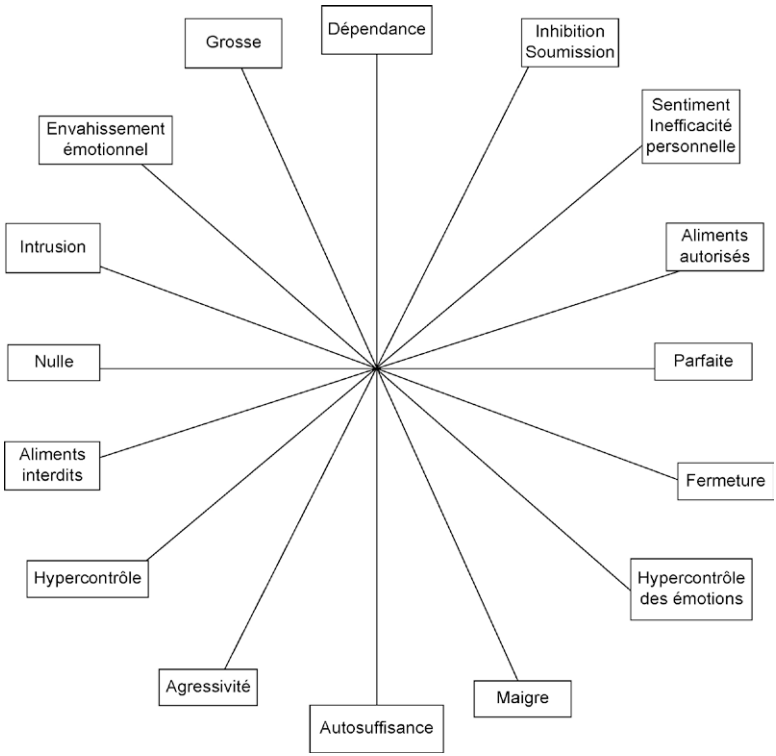



FIGURE 2.1. **Exemples de polarités dichotomiques chez les patientes anorexiques ou boulimiques.**

Ce programme peut être mis en place en ambulatoire mais il peut, aussi, être appliqué dans le cadre d'une hospitalisation. En ambulatoire, chaque semaine, les patientes viennent à une ou deux séances de thérapie individuelle et participent à une séance en groupe. Dans le cadre d'une hospitalisation, il est possible de mettre en place plusieurs séances en groupe dans la semaine.

## Entretiens individuels

Le travail individuel va être, essentiellement, un espace de compréhension. Dans mon expérience, le type de travail qui est effectué lors des entretiens individuels est un travail d'inspiration psychanalytique. Ce travail vise principalement à travailler sur l'histoire personnelle et familiale, sur le sens des troubles alimentaires.

Le cadre de ce travail ne correspond pas à celui d'une cure psychanalytique type, et comporte des aménagements vis-à-vis des thérapies d'inspiration analytique classiques. La plupart des thérapeutes qui travaillent sur un mode analytique dans ces pathologies s'accordent sur le

fait que le cadre doit être généralement aménagé. En général, il s'agit d'entretiens en face à face, avec des interventions plus fréquentes du thérapeute. Celui-ci est, généralement, dans un rôle plus soutenant que dans le traitement des patients névrotiques. Le rythme des séances est souvent moins important. Certains thérapeutes conseillent des séances longues mais espacées. Le problème de l'absence aux séances est aussi abordé de manière différente. Ces aménagements du cadre sont rendus nécessaires par les particularités du transfert chez ces patientes. Ce transfert est marqué par ce qui caractérise leur lien à l'autre : Une dépendance importante au thérapeute avec une angoisse face à cette dépendance qui amène à vouloir s'éloigner. On retrouve, aussi, dans cette relation transférentielle, la peur de l'emprise et de l'intrusion qui caractérise ces problématiques. Si le thérapeute est trop silencieux avec très peu d'interventions, cela renvoie les patientes à un sentiment d'abandon. À l'inverse, des séances trop rapprochées, un travail qui chercherait à mobiliser trop vite les défenses de la patiente, risque de générer une angoisse d'emprise, d'intrusion. À partir de maintenant, j'emploierai plus volontiers le terme d'approche psychodynamique plutôt que psychanalytique connotant, ainsi, cette démarche plus « active ».

Parfois, les entretiens individuels vont permettre de reprendre certains points qui ont été abordés lors des groupes. À ce propos, j'ai constaté à de très nombreuses reprises que le travail cognitivo-comportemental effectué dans les groupes était un catalyseur du travail psychodynamique individuel. Cela fait émerger beaucoup de réflexions, d'émotions, et les patientes éprouvent le besoin d'en reparler lors des séances individuelles qui suivent. Il en est de même vis-à-vis du travail psychocorporel où ce qui est vécu vient enrichir le travail de réflexion psychodynamique.

## Ateliers psychothérapiques en groupe : intérêts, organisation

### Intérêt des ateliers psychothérapiques en groupe

Les groupes psychothérapiques présentent, à mon sens, d'énormes avantages pour le suivi des patientes anorexiques et boulimiques.

Cela permet de voir les patientes plus longtemps. Les séances de groupes durant entre une ou deux heures, selon les thérapeutes, les patientes peuvent bénéficier d'un temps psychothérapique qui serait difficile à mettre en place régulièrement dans une démarche individuelle.

Nous avons pu constater que pour les patientes anorexiques et boulimiques, le fait de rencontrer d'autres patientes confrontées aux mêmes difficultés les aide à diminuer leur mauvaise estime personnelle. Elles prennent conscience, par exemple, qu'elles ne sont pas les seules à avoir

certaines peurs, à se faire vomir plusieurs fois par jour, à ne pas aimer leur corps, à ne pas oser dire ce qu'elles pensent… Elles retrouvent, chez les autres, toutes ces difficultés dont elles se culpabilisent, et qui contribuent à maintenir une image d'elles défectueuse. Très souvent, les participantes s'adressent, entre elles, des messages positifs et valorisants. Ces messages sont souvent très spontanés et ne s'intègrent pas, directement, dans la démarche thérapeutique. « J'ai envie de te dire que je te trouve très belle. » « Je suis bien, avec vous, c'est le seul endroit où je ne m'ennuie pas. » Elles se renforcent narcissiquement, entre elles.

Le fait d'être face à d'autres personnes concernées par les mêmes difficultés a un effet de miroir pour les patientes qui vont pouvoir amener à leur conscience des éléments de leur propre expérience jusqu'alors négligés ou méconnus. Cela leur permet de se décentrer vis-à-vis de leurs difficultés.

La participation aux groupes renforce la motivation au changement et l'alliance thérapeutique au programme de soin. Les participantes se motivent, entre elles : « Tu nous raconteras la semaine prochaine si tu as atteint ton objectif ». Elles renforcent positivement les succès : « Bravo, c'est génial ce que tu as réussi à faire ! ». Elles dédramatisent, entre elles, les échecs : « Moi non plus je n'arrive pas à faire ça, pour l'instant ». Certaines témoignent des progrès qu'elles ont pu accomplir et montrent aux autres que cela est possible.

Le groupe devient une représentation d'un modèle familial sécurisant, non rejetant, non intrusif, tolérant. Les valeurs qui prédominent, généralement, dans les groupes psychothérapiques sont différentes de celles de la société. E. Marc, dans un article sur les thérapies de groupe, cite l'acceptation de la faiblesse et de la vulnérabilité, la tolérance à la régression, l'authenticité, la validation de l'expression émotionnelle, la spontanéité des relations. Ainsi, le groupe va offrir aux participantes un cadre où elles peuvent faire l'expérience de relations qu'elles ont du mal à vivre à l'extérieur. Cela va les aider à lâcher leurs mécanismes défensifs et, aussi, à s'ouvrir aux relations aux autres, à accepter des liens, des échanges.

Le groupe joue un rôle de tiers vis-à-vis d'une relation transférentielle mise en jeu dans une psychothérapie individuelle. Cette relation transférentielle réactive souvent des angoisses d'abandon et des angoisses de fusion-intrusion. Un travail parallèle en groupe peut servir de tiers, de fonction paternelle vis-à-vis de la relation psychothérapique individuelle.

Le groupe permet l'utilisation de techniques qui ne peuvent pas être mises en place dans les psychothérapies individuelles. En particulier, nous verrons, plus loin, que l'utilisation de jeux de rôles revêt, dans ces pathologies, un intérêt thérapeutique majeur.

Le (ou les) thérapeute(s) qui anime(nt) les groupes vont pouvoir observer et travailler directement sur les comportements interpersonnels que présentent les participantes au sein du groupe, ce que ne permettent pas les séances individuelles.

### Le principe des modules thérapeutiques

Une des particularités de ce programme thérapeutique est d'organiser le travail en groupe autour de quatre modules thérapeutiques séparés. Les modules fonctionnent comme des entités psychothérapiques autonomes pour travailler autour d'un thème central. Chaque module comporte un certain nombre de séances psychothérapiques. Il correspond à l'un des quatre concepts que j'ai évoqués à la fin du chapitre sur la psychopathologie.

**Les quatre modules**

- Le sentiment d'inefficacité personnelle.
- La dysrégulation émotionnelle.
- La porosité des frontières corporelles.
- La restriction cognitive.

Je consacrerai, plus loin, un chapitre entier à chacun de ces concepts.

Chaque module va comporter un nombre varié de séances. Le nombre de ces séances est tout à fait variable. En moyenne, un module comporte entre dix à quinze séances. Je conseille de ne pas fixer, à l'avance, un nombre déterminé de séances pour s'adapter à l'évolution de chaque groupe. D'une manière interactive et collaborative, il est intéressant de poser la question aux participantes à la fin de chaque module : « Voulez-vous que nous traitions encore d'un sujet dans le cadre de ce module ou souhaitez-vous que nous passions au module suivant ? ».

Ce système de module a l'avantage, pour les suivis ambulatoires, de pouvoir inclure régulièrement de nouvelles patientes au sein du programme thérapeutique. Je pourrais comparer ce système à celui des unités de valeur à l'université. Il est prévu que les participantes au programme parcourent tous les modules, mais elles ne sont pas obligées de le faire dans un ordre précis. Ces modules étant complètement indépendants les uns des autres, une participante peut, par exemple, rentrer dans le programme thérapeutique en commençant à travailler sur le concept de restriction cognitive même si elle n'a pas participé aux modules précédents. *A priori*, quand une patiente a effectué les quatre modules, elle n'assiste plus aux séances de groupe, et libère une place permettant à une autre patiente de rentrer dans le programme. Il m'est arrivé de proposer à des patientes qui avaient assisté à tous les modules

de continuer à venir aux séances de groupe. Elles recommençaient, par conséquent, des ateliers auxquels elles avaient déjà participé. Il pouvait s'agir de patientes qui trouvaient dans le groupe un étayage important. Elles n'étaient pas prêtes à se séparer de ce qui les soutenait depuis plusieurs mois. Il pouvait s'agir aussi de patientes éprouvant, encore, des difficultés importantes au niveau des objectifs de travail de certains modules. Elles éprouvaient le besoin de les travailler de nouveau. Elles pouvaient être, à ce moment-là, plus prêtes à avancer sur les objectifs du module qu'elles ne l'étaient auparavant. Ce qui leur paraissait difficile à un moment va devenir plus facile plus tard. Je pense que la solution qui consiste à limiter le nombre de séances, pour chaque module, quitte à ce que des patientes recommencent certains modules, est préférable à celle de mettre en place des modules comportant plus de séances. C'est ce que conseille aussi M. Linehan. Si l'on fait des modules trop longs, mon expérience est que l'on se trouve, alors, face à un absentéisme important. Les participantes qui ont bien avancé dans un module n'y trouvent plus suffisamment d'intérêt. Cela permet, aussi, dans le cadre d'une hospitalisation, de donner aux patientes la possibilité d'aller au bout d'un travail entrepris, même s'il existe une limitation par la durée de séjour. Dans le cadre d'une hospitalisation, dans la mesure où plusieurs séances de thérapie de groupe peuvent être mises en place chaque semaine, il est possible que les patientes participent à plusieurs modules en même temps.

Je présente dans cet ouvrage les quatre modules autour desquels j'ai organisé mon programme de soins, mais il est tout à fait envisageable de rajouter d'autres modules si une équipe en ressent la nécessité.

### Groupes ouverts/groupes fermés

En ambulatoire, il s'agit de groupes semi-ouverts. Les patientes s'engagent à participer à un module entier et pendant le déroulement de ce module, les thérapeutes n'incluent pas de nouvelles patientes. En revanche, lorsqu'un module est terminé, certaines patientes sortent du programme et d'autres peuvent être incluses pour le module suivant. Au début de notre pratique nous avions mis en place des groupes complètement ouverts. Les patientes connaissaient les horaires des séances en groupe et venaient, ou non, sans aucun engagement. Je déconseille fortement ce type d'organisation qui ne permet pas du tout de planifier le nombre de participantes à chaque atelier et ne fournit pas de cadre thérapeutique stable aux patientes.

En revanche, les groupes ouverts sont une nécessité en hospitalisation. En effet, le temps limité d'une hospitalisation ne permet pas aux patientes d'attendre qu'un nouveau module commence. Il faut qu'elles puissent participer à des séances de travail dès le début de leur hospitalisation, si nécessaire.

Certaines équipes combinent dans le cadre de l'hospitalisation des groupes ouverts et d'autres fermés.

## Critères d'inclusion

L'objectif est de pouvoir disposer d'une certaine homogénéité au sein du groupe. Dans les groupes avec lesquels nous avons travaillé, les critères d'inclusion étaient les suivants.

### Critères d'inclusion

- Âge supérieur à 16 ans.
- Sexe féminin.
- Pathologie anorexique ou boulimique avec conduites de maîtrise du poids.
- Absence de troubles psychiatriques graves associés (état dépressif majeur, délire, addictions alcooliques ou toxicomaniaques, troubles du comportement avec violence).
- Patientes bénéficiant, par ailleurs, d'un suivi individuel.
- Patientes ayant leurs soins encadrés par un contrat portant sur le poids et sur l'état somatique avec un suivi médical somatique.

Il est tout à fait possible d'envisager des programmes thérapeutiques similaires avec des groupes disposant de critères d'inclusion différents. Par exemple, des groupes thérapeutiques réservés à des participantes de moins de 16 ans ou à des patientes en surpoids présentant des conduites d'hyperphagie boulimie. Je pense, toutefois, qu'il est indispensable que les groupes soient homogènes.

En ambulatoire, il me paraît préférable de ne pas inclure, trop rapidement, une patiente au sein d'un groupe. Il est préférable qu'il y ait eu auparavant plusieurs mois de suivi individuel. Pour qu'une patiente puisse tirer bénéfice du travail en groupe, il est souhaitable qu'elle ne soit plus dans une position de déni, qu'elle soit motivée vis-à-vis d'un changement, qu'elle ait travaillé suffisamment sur elle pour mieux comprendre les différents objectifs des séances de groupe. Cela permet, aussi, au thérapeute référent de mieux connaître la patiente avant de décider, ou non, de l'inclure dans un programme. Cela lui permet, aussi, d'éviter certaines situations qui pourraient la mettre en difficulté lors des séances de groupe.

Je voudrais revenir sur le dernier critère d'inclusion : l'encadrement des soins par un contrat portant sur le poids et sur l'état somatique. Dans le cas d'une hospitalisation, cela va généralement de soi. En effet, la plupart des équipes qui travaillent avec ces patientes suspendent les conditions de l'hospitalisation, en particulier la durée, à l'amélioration du poids et de l'état somatique. Cela est moins évident en ambulatoire, c'est pourquoi je souhaite insister sur ce point. Je pense que l'on ne

peut pas s'engager dans un programme psychothérapique long avec des patientes présentant des pathologies dangereuses sur le plan somatique sans avoir posé des limites. Toutes les patientes que j'ai pu suivre avec la thérapie dialectique avaient un contrat de poids et de surveillance de l'état somatique. Le contrat de poids n'est pas un contrat portant sur la prise de poids mais sur une limitation de la perte de poids. « Le contrat de reprise de poids établit concrètement la référence à la réalité du corps et du risque somatique et vital. Il conjure le risque de déni et de clivage qui peuvent rendre stérile et interminable la psychothérapie » (Brusset, 2008).

> ***Exemple de contrat de poids et de surveillance de l'état somatique***
>
> Si le poids de Mlle X. descend en dessous d'un poids de… kg soit un IMC à 16, elle dispose d'un délai de quinze jours pour reprendre du poids, faute de quoi, elle s'engage à interrompre toute activité sportive ou professionnelle, si elle est en activité professionnelle. Si son poids descend en dessous de… kg, soit un IMC à 15, elle dispose d'un délai de quinze jours pour reprendre du poids, faute de quoi, elle sera hospitalisée dans l'établissement spécialisé qui pourra l'accueillir dans les plus brefs délais.
> Durant toute la durée du suivi psychothérapique, elle s'engage à consulter le Dr… de manière régulière pour une surveillance de son état somatique et elle s'engage à pratiquer tous les examens qui lui seront prescrits par ce médecin.

Ceci n'est qu'un exemple. Plusieurs modifications peuvent y être apportées. Le poids retenu pour décider d'une hospitalisation peut être inférieur s'il s'agit d'une anorexie chronique grave, stabilisée depuis des années à un poids beaucoup plus faible. Le contrat peut, aussi, porter sur des constantes biologiques comme, par exemple, la kaliémie.

L'idée fondamentale est qu'un travail psychothérapique ne sera pas mis en place sans que, parallèlement, une réponse médicale et nutritionnelle adaptée soit donnée en fonction du degré de dénutrition.

## Nombre de participantes

Dans notre expérience ambulatoire nous avons constitué, au départ, des groupes de huit participantes. Compte tenu de l'absentéisme, le nombre varie à chaque séance entre six à huit patientes. En effet, même si nous allons voir plus loin comment on peut essayer de gérer l'engagement des patientes à participer à l'ensemble des séances d'un module, il est impossible d'éviter un certain absentéisme.

Dans le cadre d'une hospitalisation, je conseillerais aussi de limiter à huit ou dix participantes dans la mesure où il me semble difficile d'animer un groupe plus important.

## Charte de la thérapie de groupe

Nous demandons aux participantes de s'engager autour d'un certain nombre de points avant de participer aux groupes.

Les patientes s'engagent à assister à toutes les séances d'un module. Il est bien évident que des absences peuvent être tolérées. Nous demandons aux patientes de prévenir si elles ne peuvent pas venir à une séance. En revanche, si elles sont absentes à plus de trois séances au cours d'un module, la poursuite, ou non, de leur participation au programme thérapeutique est discutée lors d'un entretien individuel.

En ambulatoire, les participantes s'engagent à arriver à l'heure aux séances et à téléphoner si elles savent qu'elles vont avoir du retard.

Les patientes s'engagent à respecter les différences qu'il peut y avoir entre chacune d'elles, et à être dans une attitude ni agressive, ni moqueuse, ni critique.

Chaque participante doit être suivie, par ailleurs, en entretiens individuels. L'abandon de la thérapie individuelle entraîne l'interruption de la thérapie de groupe.

Les participantes s'engagent à ne pas venir aux séances sous l'effet de drogues ou d'alcool.

Pour respecter des règles de confidentialité, les noms de famille des participantes ne sont pas révélés. L'animateur les appelle par leur prénom.

Il est convenu, entre les patientes et les thérapeutes, que l'objet de la thérapie de groupe est de travailler, avec des techniques uniquement cognitivo-comportementales, sur des difficultés communes à toutes les participantes sans aborder, en profondeur, leur histoire personnelle. L'intimité des participantes doit être absolument respectée. Il est évident qu'elles pourront être amenées, au fil des séances, à évoquer certains éléments de leur histoire. Mais les thérapeutes qui animent les séances doivent veiller à ce que cette évocation de leur histoire personnelle reste ponctuelle, qu'elle reste dans le cadre de l'objectif de la séance et qu'elle ne mette pas la patiente en difficulté avec le sentiment qu'elle dévoile des éléments trop intimes. C'est une tâche parfois difficile. En effet, certaines patientes ont tendance à évoquer très facilement leur histoire personnelle, souvent douloureuse, et il faut être vigilant pour ne pas les laisser se mettre dans une situation qui risque de les angoisser dans un deuxième temps. L'animateur de la séance leur rappelle que c'est lors des entretiens individuels qu'elles pourront aborder ces questions.

Les patientes ont la liberté de ne pas participer à un exercice lors d'un atelier, ou de ne pas prendre la parole à un moment donné. C'est le rôle de l'animateur de veiller à ce qu'aucune patiente ne se trouve en grande difficulté lors d'une séance. Certaines séances peuvent être anxiogènes pour une patiente. Il peut être utile d'en parler, auparavant, avec cette patiente lors des entretiens individuels en lui rappelant

qu'elle n'est pas obligée de participer à certains exercices ou de prendre la parole au cours de la séance.

### Unité de lieu

En ce qui concerne l'utilisation de la thérapie dialectique dans le cadre de l'hospitalisation, l'unité de lieu va de soi.

Ce n'est pas aussi évident en ambulatoire, mais cela me paraît très important. Nous verrons plus loin que des thérapeutes différents peuvent intervenir au niveau des groupes mais je pense qu'il est préférable que les entretiens individuels et les ateliers de groupe aient toujours lieu au même endroit. Cela aide à une meilleure coordination des interventions. Si un thérapeute extérieur intervient au niveau du groupe, il peut rencontrer le thérapeute référent du programme et accéder, avec l'accord des patientes, à des informations contenues dans leur dossier. Cette unité de lieu donne par ailleurs aux patientes un repère sécurisant et stable.

### Durée des séances

Dans notre pratique, nous avons toujours utilisé des séances de deux heures. Il y a très souvent une certaine latence pour démarrer la séance, avec notamment des retards. Nous débutons chaque séance par un *débriefing* de ce qui a pu se passer dans la semaine en relation avec le thème de travail des séances précédentes. En pratique, il reste de cette manière une heure et demie de travail effectif à chaque séance. Il est aussi possible de mettre en place des séances de deux heures et demie avec une pause au milieu. À l'inverse, en hospitalisation la durée des séances en groupe peut être ramenée à une heure et demie dans la mesure où la mise en route du groupe est moins longue (les patientes sont sur place et sont moins en retard).

### Qui va animer les ateliers psychothérapiques en groupe ?

Chacun des quatre modules n'est pas forcément animé par le même thérapeute. Par exemple, le module travaillant sur la porosité des frontières va être animé par des thérapeutes formés aux thérapies psychocorporelles, alors que les autres modules seront animés par d'autres thérapeutes. Différentes combinaisons sont envisageables. Cela va dépendre de choix effectués par l'équipe thérapeutique mais aussi de la faisabilité, des moyens qui peuvent être mis en œuvre. Voici certaines organisations envisageables, que ce soit dans le cadre d'une hospitalisation ou en ambulatoire :

- un thérapeute est référent et coordinateur du programme. C'est lui qui pose les indications thérapeutiques, qui veille au respect du contrat de poids. Mais ce thérapeute n'assure ni le suivi individuel ni l'animation des groupes, qui sont assurés par d'autres thérapeutes. Cela se

rapproche de la co-thérapie préconisée, en particulier par Ph. Jeammet et M. Corcos où les aspects somatiques, diététiques et psychiatriques (prescription, arrêt de travail, hospitalisations) sont pris en charge par un autre thérapeute que celui, ou ceux, qui assurent la thérapie ;
• un thérapeute assure la thérapie individuelle, ainsi que la coordination du programme, d'autres thérapeutes animent les groupes ;
• le thérapeute qui assure la coordination du programme et la thérapie individuelle assure l'animation d'une partie des ateliers de groupes ;
• certains groupes peuvent être animés par deux thérapeutes.

### Agenda des séances

Nous pouvons établir le plan d'une séance de la manière suivante :
• *feed-back* de la semaine, revue des tâches à domicile. L'animateur fait le tour, une par une, des participantes. Il est important que chaque participante sache qu'on lui demandera de parler de ses expériences et que si elle n'a pas mis en pratique les tâches à domicile, elle devra évoquer les difficultés rencontrées ;
• définition des objectifs de la séance, présentation du travail qui va être réalisé ;
• déroulement de la séance ;
• *feed-back* de la séance ;
• établissement de consignes pour la semaine ;
• discussion sur les thèmes des séances suivantes.

### Animation des ateliers de groupe

Voici quelques conseils à l'adresse des futurs animateurs des ateliers psychothérapiques en groupe :
• privilégiez le style socratique, interpellez les participantes par des questions ;
• faites des appels directs à la participation : « Marie, vous n'avez pas eu l'occasion de donner votre point de vue. Qu'en pensez-vous ? » ;
• essayez de faire travailler les participantes de manière équitable ;
• essayez de mettre en mots les difficultés, les gênes ressenties par certaines participantes : « Vous ne semblez pas d'accord, ou ne pas adhérer à… » ;
• reformulez, souvent, les propos des participantes. De même, essayez de reformuler ce qu'elles disent sur leurs émotions éprouvées durant l'atelier ;
• n'hésitez pas à recadrer les participantes si elles s'éloignent trop de l'objectif de travail de la séance ou si elles parlent de manière trop poussée de leur histoire personnelle ;
• soyez un peu directif s'il le faut, pour rester orienté sur les objectifs des séances, mais pas trop, il faut rester souple ;
• vérifiez régulièrement auprès des participantes leur compréhension ;

- essayez d'avoir une attitude empathique, non jugeante ;
- essayez d'instaurer un climat de respect et de bienveillance, non pénalisant, qui mette les participantes à l'aise ;
- ne soyez pas interprétatif, ce n'est pas le lieu, ni le moment ;
- n'hésitez pas à faire des révélations sur vous-même en donnant des exemples qui illustrent que vous aussi, vous n'êtes pas parfait !
- incitez les participantes à émettre des commentaires positifs des unes vis-à-vis des autres ;
- renforcez positivement les participantes lors des échanges, lors des jeux de rôle. N'hésitez pas à faire des compliments, à encourager les réussites ;
- n'hésitez pas à utiliser l'humour ;
- l'animateur n'est pas là pour faire un cours comme un professeur, il est là pour aider les participantes à réfléchir ensemble à certaines questions, à expérimenter certains comportements, à découvrir certains concepts.
- ne mettez pas la barre trop haut dans ce que vous allez demander aux participantes.

### Remise de documents à la fin de chaque séance

Je conseille vivement ce type de fonctionnement. Dans la deuxième partie de ce livre consacrée à chacun des modules, pour chaque séance en groupe, vous trouverez un modèle de document pouvant être remis aux participantes. Elles gardent ainsi une trace du travail effectué lors de l'atelier en groupe. Elles vont pouvoir s'y référer plus tard, même à distance de la thérapie dialectique. Un certain nombre de patientes ayant été suivies de cette façon disent relire, parfois, ce qui a été dit plusieurs mois auparavant lors de certaines séances. De manière symbolique ces documents laissés aux participantes représentent un lien qui est conservé avec l'équipe thérapeutique, en dehors des séances. C'est comme si la thérapie de groupe leur tenait la main en dehors des ateliers.

Par ailleurs, il peut être proposé aux patientes d'autres lectures en lien avec leur problématique. Donner beaucoup d'informations est l'un des principes de la thérapie dialectique. M. Linehan écrit (2000) : « J'essaie d'enseigner aux patientes tout ce que je sais ». De même, il peut être utile, dans certains cas, de communiquer un certain nombre de ces informations aux membres de la famille.

## La possibilité de joindre un thérapeute par téléphone ou par courrier électronique

C'est l'un des axes importants de la thérapie des troubles de la personnalité état limite développée par M. Linehan (2000). Je pense qu'il est important que les patientes anorexiques ou boulimiques puissent

joindre facilement un thérapeute, si elles en ressentent le besoin. J'ai toujours laissé un numéro de téléphone portable ou une adresse courriel aux patientes que j'ai prises en charge. Ceci est, bien sûr, plus facile lorsque les patientes sont suivies par une équipe de plusieurs thérapeutes ou bien lorsqu'elles ont été hospitalisées. Elles peuvent disposer de coordonnées permettant de joindre, à tout moment, l'un des thérapeutes de l'équipe de soins. Je n'ai jamais constaté d'excès dans les appels téléphoniques ou l'envoi de courriels. J'ai toujours trouvé que ces patientes étaient très respectueuses des limites des thérapeutes.

Cette possibilité de rentrer en contact, si besoin, à tout moment avec un thérapeute revêt un certain nombre d'intérêts :

- elle instaure une permanence du lien qui sécurise ces patientes et leur permet d'accepter d'investir ce lien, car elles ont moins peur de la rupture ;
- ces patientes qui sont souvent dans une position de fermeture et d'autosuffisance vont être, ainsi, encouragées à demander de l'aide et à recevoir ;
- dans ce type de relation, les patientes ne sont pas passives, elles ont la possibilité de régler la distance avec le thérapeute ;
- dans des situations émotionnellement difficiles, elles vont être encouragées à demander de l'aide plutôt qu'à faire une crise boulimique ou un passage à l'acte auto-agressif ;
- les patientes ont, parfois, besoin d'aide et de soutien pour mettre en place, dans des situations bien précises, des compétences apprises dans la thérapie.

## Évaluation de la thérapie

Je conseille d'évaluer, à l'aide d'échelles d'autoévaluation, les difficultés présentées par les patientes qui s'engagent dans un programme de thérapie dialectique et d'apprécier, ensuite, les progrès accomplis. Outre l'intérêt scientifique d'évaluer l'efficacité de ce type de programme et de le comparer, éventuellement, à d'autres approches, je pense que cela présente un intérêt pour les participantes.

Utiliser des échelles d'évaluation peut soutenir le travail clinique :

- cela peut permettre de mettre clairement en évidence certaines difficultés présentées par une patiente alors que les entretiens cliniques n'avaient pu le faire jusqu'alors. Il m'est arrivé, souvent, de retravailler lors des entretiens individuels certains points mis en lumière par ces questionnaires ;
- cela leur permet d'évaluer l'importance de leurs difficultés dans un domaine précis et par là de souligner l'importance de travailler dans les ateliers de groupe sur ces difficultés. Par exemple, une patiente qui a un score élevé à une échelle mesurant l'importance de la dysrégulation

émotionnelle comprendra l'importance, pour elle, de participer aux ateliers consacrés à la régulation des émotions. Cela contribue à accroître l'alliance thérapeutique et l'observance aux séances ;
• cela permet d'évaluer les progrès accomplis au cours de la thérapie. Les patientes vont, par exemple, remplir des échelles d'autoévaluation au début de chaque module, puis elles rempliront les mêmes échelles à la fin du module et parfois quelques mois après. Cela leur permettra de constater le chemin parcouru. Là encore, cela joue un rôle de renforcement positif des progrès accomplis avec un sentiment d'efficacité personnelle consolidé.

## Quelles échelles utiliser ?

Au départ d'une thérapie dialectique, des échelles « générales » peuvent être utilisées afin d'évaluer l'importance du trouble du comportement alimentaire :
• l'EDI 2 : c'est une évaluation clinique de la symptomatologie associée aux troubles alimentaires. Il explore plusieurs dimensions (Bouvard et Cottraux, 2008) ;
• l'EAT 40 : cette échelle est la plus connue et la plus utilisée pour évaluer la gravité de l'anorexie mentale ainsi que son évolution (Bouvard et Cottraux, 2008) ;
• l'inventaire de la boulimie d'Edinburgh : questionnaire évaluant les symptômes boulimiques (Bouvard et Cottraux, 2008).

Pour chacun des modules, il est intéressant de pouvoir disposer d'outils d'évaluation plus spécifiques. Certains existent déjà, d'autres doivent être conçus. Parmi les questionnaires existants, citons :
• l'échelle d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle (auteurs : Sherer et coll., traduction et adaptation : O. Chambon) ;
• l'échelle des standards personnels qui est une échelle qui évalue le perfectionnisme et le niveau d'exigence personnel (Bouvard, 2008) ;
• l'échelle d'évaluation de l'affirmation de soi de Rathus ;
• l'échelle d'estime de soi de Rosenberg qui est composée de dix items et qui évalue l'estime de soi globale (Bouvard, 2008) ;
• l'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS 20) qui est un questionnaire en 20 items qui évalue l'alexithymie (Bouvard, 2008) ;
• le questionnaire d'alexithymie de Bermond et Vorst (BVAQ) qui est un autre questionnaire évaluant la dimension alexithymique (Bouvard, 2008) ;
• l'échelle de recherche de sensations de Zucckerman qui évalue le besoin de sensations fortes (Bouvard, 2008) ;
• le *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ) qui est un questionnaire habituellement destiné aux patients obèses mais qui évalue, entre autres, la dysrégulation émotionnelle avec le fait de répondre aux

émotions par une prise alimentaire et l'importance de la restriction cognitive (Bouvard, 2008) ;
• l'évaluation de l'image du corps révisée (BIA-R) qui est constituée de neuf silhouettes de femmes avec un corps allant de très mince à très gros. Cela permet d'évaluer la perception de l'image du corps et de caractériser l'idéal corporel recherché (Bouvard, 2008) ;
• le *Body Schape Questionnaire* (BSQ) est un questionnaire évaluant l'insatisfaction corporelle (Rousseau, Knotter, Barbe et coll., 2005).

## Conclusion

La thérapie comportementale dialectique mise au point au départ par M. Linehan pour les patients suicidaires présentant un trouble de la personnalité état limite offre des possibilités thérapeutiques qui me paraissent particulièrement bien adaptées à la prise en charge des conduites anorexiques ou boulimiques. J'ai précisé, dans ce chapitre, quels étaient les modalités pratiques et les aménagements qui permettaient d'utiliser cette approche d'une manière adaptée aux troubles des conduites alimentaires. En abordant de manière théorique et pratique chacun des quatre modules qui organisent ce programme thérapeutique, je vais tenter de dessiner encore plus précisément ce que peut être la thérapie dialectique de ces troubles.

# Chapitre 3

# Le sentiment d'inefficacité personnelle

Inès, 29 ans, anorexique va acheter des rideaux pour l'appartement dans lequel elle vient d'emménager ; elle est accompagnée par ses parents.
Sa mère : « Nous t'offrons les rideaux de ton appartement. »
Inès : « J'aime beaucoup les bleus, le motif est très tendance. »
Sa mère : « Tu n'y penses pas. Je sais que ça ne correspond pas à tes goûts et à ta personnalité, prends les rouges, je sais qu'ils te correspondent mieux »
Inès : « Bon, si tu le dis… »
Sa mère : « Au fait, je t'ai pris un rendez-vous chez le gynécologue, en effet, j'ai compris en t'entendant parler au téléphone que tu avais un copain. »
Inès, qui va devoir supporter tous les jours les rideaux choisis par sa mère et qui va sur son injonction aller chez le gynécologue, a un faible sentiment d'efficacité personnelle !

## 3.1. Aspects théoriques

Le sentiment d'efficacité personnelle correspond au sentiment de pouvoir agir sur sa vie, de pouvoir produire des effets sur son environnement. C'est le sentiment d'être acteur de sa vie, d'avoir prise sur sa vie. C'est un concept qui a été développé par A. Bandura dans les années 1980. Ce sentiment d'efficacité personnelle s'acquiert tout d'abord dans notre enfance, à partir des interactions avec nos parents, puis tout au long de notre vie par nos interactions avec notre environnement.

Pour pouvoir agir efficacement sur notre vie, il est nécessaire :
- de repérer correctement ce que l'on veut, et d'en tenir compte ;
- de se fixer des objectifs réalistes ;
- de s'affirmer auprès des autres ;
- de mettre en œuvre ce que l'on veut faire.


© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Faible sentiment d'efficacité personnelle chez les patients anorexiques et boulimiques

Nous allons voir comment les perturbations du processus de séparation-individuation dont nous avons parlé dans le Chapitre 1 vont conduire à ce faible sentiment d'efficacité personnelle avec des difficultés au niveau de chacun des points que je viens de souligner.

### Difficulté à repérer les désirs et à faire des choix

#### Difficulté à repérer les désirs singuliers

Une mauvaise subjectivation différenciatrice liée à un processus de séparation-individuation défectueux peut rendre difficile le repérage des désirs singuliers :

- l'angoisse d'abandon relative à des relations précoces insécures peut conduire un enfant à une solution de conformité où il va se calquer aux attentes et aux désirs des parents (ou du moins à ce qu'il imagine être leurs désirs) pour ne pas perdre leur amour. À partir de là, il ne va pas apprendre à repérer ses propres envies, et va grandir en se préoccupant principalement du désir de l'Autre ;
- de la même manière, une trop forte emprise des parents, trop d'interdits, ne permettent pas l'apprentissage du repérage des désirs propres de l'enfant. La forte emprise des parents ne laisse pas le choix à l'enfant : il doit obéir ! Même si l'enfant, pour tenter de trouver une identité, va faire « tout ce qu'elle ne me conseillait pas », cela ne correspond toujours pas à un vrai choix de sa part ;

> ***Olga a vendu son âme à sa mère***
>
> « Avec ma mère, je suis en position de subission, j'ai confondu amour et subission, j'ai vendu mon âme à ma mère. Aujourd'hui, je n'ai pas les armes, les chemins qui vont jusqu'à moi, jusqu'à ce que je désire. »

- un peu dans la même idée, il est important que les parents valident l'expression des désirs de l'enfant, lui permettent de les exprimer. Cela ne veut pas dire que les parents vont laisser à l'enfant la possibilité de réaliser tous ses désirs. Poser des règles est nécessaire, mais il est indispensable que l'enfant se sente entendu et pris en compte au niveau de ses désirs. Citons P. Jeammet (2005) : « L'anorexique ne s'est pas sentie reconnue, enfant, dans la singularité de ses besoins et de ses attentes et a bien du mal à présent à les reconnaître » ;
- un enfant peut « mettre ses désirs entre parenthèses », par exemple s'il sent ses parents en difficulté.

> ***Carla est le parent de ses parents***
>
> « Comme j'étais le parent de mes parents, comme c'est moi qui les soutenais, je ne mettais pas en avant mes désirs. Mes désirs étaient toujours entre parenthèses. Aujourd'hui, à 42 ans, j'ai toujours l'impression de vivre une fausse vie. »

On retrouve souvent dans l'histoire des patientes anorexiques ou boulimiques les difficultés que je viens d'évoquer. Cela peut rendre difficile, voire impossible, le repérage de leurs désirs. Je propose le terme *d'avolognosie* pour qualifier cette incapacité à discerner ses propres désirs, à connaître ce que l'on veut. Ce concept d'avolognosie se rapproche du concept d'alexithymie dont nous parlerons plus loin, qui correspond à l'incapacité à repérer ses émotions et à mettre des mots dessus. Apprendre à reconnaître ses désirs, comme apprendre à reconnaître ses émotions ou ses sensations alimentaires, sont des compétences qui doivent être mises en place, développées et entretenues dès l'enfance. On peut rapprocher de l'avolognosie la difficulté ressentie par certaines patientes à reconnaître que leurs désirs leur appartient, en propre, que ce sont vraiment les leurs.

> ***Il n'y a que les désirs extrêmes que Cécile reconnaît comme étant les siens***
>
> « Une envie doit être extrême pour que je la comprenne. Sinon, je ne sais pas si c'est la mienne ou si j'ai été influencée par le désir de l'autre. »

Il est important de comprendre que ceci est en lien avec un problème d'identité, de limites. Il s'agit d'autre chose que ce dont je parlerai, plus loin, à propos de l'affirmation de ses désirs à l'autre. Reconnaître ses désirs comme appartenant à son propre Moi peut être une difficulté, même en dehors d'une relation à un Autre. Par exemple, certaines patientes disent qu'elles ne savent pas si leur envie de s'intéresser à tel ou tel sujet est une envie profonde et personnelle, ou si elles se conforment à une habitude, à une règle sociale ou si elles répondent à des exigences extérieures à elles.

Cette difficulté à repérer les désirs singuliers peut conduire à une angoisse de vide qui est une angoisse identitaire. Je souhaite insister là-dessus. Il est bien connu que les patientes anorexiques ou boulimiques sont angoissées par le sentiment de vide. Je pense que cette angoisse est très souvent liée au sentiment de ne pas repérer leurs propres désirs, leurs envies singulières.

> ***Béatrice ne peut pas improviser***
>
> « J'ai toujours su être celle qu'on attendait. Quand je suis seule, je n'ai plus ces repères, ce rail, il faut que je devine toute seule. J'ai une impression de vide, le sentiment de ne pas savoir quoi faire, de ne pas savoir quoi être. Lorsqu'il y a un cadre, un moule, je suis heureuse. Lorsque je faisais de la danse et qu'il fallait faire des improvisations, je pleurais. Lorsqu'il fallait s'appliquer à faire des figures imposées, tout allait bien. »

> ***Barbara ne sait pas ce qu'elle veut***
>
> « J'aimerai retrouver ce que je veux vraiment. Mais je ne l'ai jamais su. Comment retrouver ce que je n'ai jamais su ? Je suis vide, je n'existe que par rapport à l'autre. »

## Les désirs ressentis comme des besoins

On désire toujours quelque chose qui nous manque et qui va nous apporter du plaisir. Pour les patientes anorexiques et boulimiques, du fait d'une fixation libidinale narcissique, désirer quelque chose les renvoie à leurs relations objectales primaires fondées sur des besoins. Pour elles, un désir va souvent être ressenti comme un besoin. À partir de là, elles vont être confrontées aux angoisses dont j'ai souligné la position centrale dans ces problématiques : l'angoisse de perdre ce dont elles ont besoin, et l'angoisse de subir une emprise ou une intrusion par ces objets dont elles ont besoin. Ces patientes qui ont connu des relations d'objet insécures ont l'angoisse de revivre la perte de ce dont elles ont besoin. « Plus son narcissisme est défaillant, plus le besoin objectal se fait sentir et plus l'objet est perçu comme potentiellement aliénant et menaçant » (Jeammet, 2002). Cela les amène, nous l'avons vu, à se fermer de manière défensive à toute nouvelle relation d'objet. Elles vont rechercher une position d'autosuffisance, avec l'angoisse de toute relation de dépendance. Cela va les conduire à se fermer à leurs désirs. On entend très souvent ces patientes nous dire : « Si je fais ce dont j'ai envie, j'ai peur, ensuite, de ne plus pouvoir m'en passer, d'en avoir envie tout le temps ». T. Vincent (2000) écrit à propos des anorexiques : « Les seuls objets qu'elle consent à saisir doivent être dépouillés de toute valeur d'usage, de toute nécessité, pour ne garder qu'une valeur de jouissance, le désir enfin séparé du besoin, dont la légèreté serait le signe ». Lorsqu'un désir les met en relation avec un objet extérieur (cet objet pouvant être une personne ou un objet matériel), elles ont un sentiment d'emprise par cet objet. Elles ont parfois le sentiment que ce n'est pas leur désir qui est agissant, qu'elles sont soumises à une em-

prise par l'objet, qu'elles sont, elles-mêmes, en position d'objet. « C'est l'objet qui nous désire » écrit T. Vincent (2000). « Désirer l'objet c'est se sentir menacé par lui. Le plaisir à désirer se transforme en la crainte du pouvoir donné à l'objet sur soi » (Jeammet, 2002). Nous verrons plus loin que les patientes anorexiques ou boulimiques le verbalisent, fréquemment, à propos de la nourriture en disant : « Si je mange, j'ai le sentiment que je réponds à la nourriture, que je subis son emprise, comme s'il s'agissait d'une personne ». Se fermer au désir de l'objet revient alors à ce que T. Vincent décrit comme « une victoire sur le désir de l'objet, sur le manque qu'il crée sur son consommateur ».

Le fait que ces patientes se ferment très souvent à leurs désirs du fait des angoisses d'abandon et d'emprise peut les conduire, au bout d'un moment, à ne plus pouvoir repérer leurs désirs et nous revenons au concept d'avolognosie.

### Les désirs placés à l'extérieur du Moi

C'est un mécanisme de défense par clivage, où les désirs sont dissociés du Moi et appréhendés comme des objets extérieurs. Nous retrouverons plus loin le même mécanisme en ce qui concerne les émotions. En fait, ce mécanisme est assez caractéristique de ces problématiques où tout ce qui n'est pas contrôlable, maîtrisable, est clivé et rejeté à l'extérieur du Moi. Les patientes anorexiques et boulimiques sont souvent angoissées de ne pas pouvoir exercer un contrôle sur leurs désirs. Elles le ressentent comme une menace identitaire.

> ***Lola écarte ses désirs pour ne plus les entendre***
>
> « Si on écoute ses désirs, alors on risque de changer ; ils vont nous changer, on sera moins parfaite. Ils vont me déborder. Parfois ils me bousculent, je m'agrippe car ça me fait peur. Mes désirs reflètent qui je suis. Je préfère être quelqu'un de bien plutôt qu'être moi. Alors je me ferme à mes désirs, je verrouille ; au bout d'un moment j'ai perdu l'habitude de les détecter. »

### Difficulté à faire des choix

Choisir c'est renoncer à ce que l'on n'a pas choisi. Or la problématique de la perte est angoissante dans ces pathologies de la dépendance que sont l'anorexie et la boulimie. Ces patientes fonctionnent en tout ou rien. Elles ont le sentiment que si elles n'ont pas choisi quelque chose, elles vont devoir y renoncer pour toujours. C'est tout de suite, ou jamais ! Pour elles, un choix est irréversible. Il n'y a pas de retour en arrière possible, ce qui répète parfois des expériences infantiles de pertes sans retour.

> ***Aude et ses pulls***
>
> Aude raconte qu'elle n'a pas pu choisir, dans un magasin, entre un pull rouge et un pull vert. Si elle prenait le rouge, il lui était insupportable de laisser le vert. Elle n'a pas pu accepter l'idée qu'elle pourrait s'acheter un vert plus tard, et a préféré ne rien prendre et rester dans le non-choix. Pour elle, laisser le vert était le perdre pour toujours. Aude a perdu son père à 11 ans, et la vie n'a plus jamais été la même à partir de ce moment-là, ceci de manière irréversible…

Choisir c'est aussi satisfaire un désir, c'est ne plus être dans le manque de ce que l'on a choisi. Les patientes anorexiques et boulimiques ont du mal à renoncer à cette sensation forte de désir et de manque. Citons M. Corcos (2000) : « Le non-choix anorexique de rester sur sa faim laisse ouverte la possibilité de tous les choix et laisse vivant leur désir de désir ». Le vide permet, pour elles, de ressentir qu'elles peuvent se remplir de tout ce dont elles ont envie, de tout ce dont elles ont besoin, sans avoir à renoncer à quoi que ce soit. Le non-choix permet aussi de ne pas être dans une relation de besoin et de dépendance à ce qui a été choisi, de ne pas prendre le risque d'être déçue par ce qui a été choisi.

> ***Solenne veut être une sauterelle picoreuse***
>
> « Si je suis une sauterelle picoreuse, je peux picorer toutes les fleurs. Je n'ai pas à choisir. Je veux être légère, sauter de fleur en fleur, je peux ainsi goûter à toutes les fleurs. En même temps, en étant légère, je suis libre, libre de ne pas dépendre d'une seule fleur, libre de rentrer chez moi en me posant sur aucune fleur. »

Chez certaines patientes, on peut trouver une autre explication à leur difficulté à faire des choix. C'est la peur de ne pas faire le « choix parfait ». Le « choix parfait » est un choix que les autres ne peuvent pas critiquer. Cela rejoint la question du perfectionnisme que je vais aborder quelques lignes plus loin. De peur de ne pas faire le « choix parfait », elles restent parfois longtemps dans le non-choix.

## Des objectifs irréalistes

### Perfectionnisme

Les patientes anorexiques et boulimiques ont le sentiment de ne pas pouvoir agir sur leur vie car, entre autres, elles se fixent des objectifs trop élevés, avec un perfectionnisme important. Elles « mettent la barre trop haut ».

Ce perfectionnisme excessif prend racine, au départ, dans l'environnement familial. Nous avons repéré, dans le Chapitre 1, certains types de fonctionnements familiaux pouvant favoriser l'apparition d'un trouble des conduites alimentaires. Plusieurs d'entre eux sont à l'origine du perfectionnisme important retrouvé chez ces patientes. Parmi les principaux, citons, tout d'abord, l'amour sous condition. Certaines patientes relatent qu'elles ne se sentaient aimées par leurs parents que lorsqu'elles répondaient, parfaitement, à leurs attentes. Ces attentes étant, le plus souvent, très élevées. Elles ont ressenti un non-droit au décevoir. Du fait de leurs premières relations d'objets insécures, il s'est mis en place une représentation où elles considèrent que plus elles vont être parfaites, plus elles vont être aimées.

### *Anne Claire a « rendu un mémoire imparfait »*

Anne Claire raconte que lorsqu'elle était en première, ses parents lui reprochaient ses mauvaises notes au lycée. « Je me suis dit que pour qu'ils m'aiment plus, il fallait que j'aie vraiment de meilleures notes et que je sois parfaite dans tous les domaines, en particulier sur le plan physique. Je me suis mise à travailler beaucoup et à maigrir… » Nous lui demandons qu'elle était sa moyenne en première : 12/20 ! « Si j'avais 15, j'aurais dû avoir 18 ». Lorsqu'Anne Claire consulte pour anorexie mentale elle est en train de terminer des études de communication. Un élément va marquer une étape capitale dans sa thérapie : Elle va rendre un mémoire imparfait. L'année précédente, elle ne s'était pas présentée aux examens et n'avait pas rendu de mémoire, de peur de ne pas être assez prête. L'année suivante, elle allait prendre le même chemin lorsqu'elle a décidé de rendre un mémoire imparfait. Ce mémoire lui a permis de valider son année. Elle s'est souvent répété, depuis : « J'ai rendu un mémoire imparfait » ce qui était, pour elle, un rappel de ce qu'elle avait expérimenté dans cette affaire, à savoir qu'elle était beaucoup plus efficace lorsqu'elle ne cherchait plus à atteindre la perfection. « Je me suis enfin accordé le droit à l'imperfection. »

On voit dans cet exemple que, outre cet « amour au mérite », le perfectionnisme des parents avec des règles et des exigences élevées est, aussi, un facteur favorisant le perfectionnisme chez l'enfant. C'est ce qu'explique F. Fanget (2006) en citant les travaux de Bandura A. et de Chang E.C.

Un autre facteur familial peut être à l'origine d'un perfectionnisme important. C'est le fait qu'un des parents, parfois les deux, ou un autre membre de la famille, aille mal. Le perfectionnisme a, alors, pour fonction d'équilibrer ce qui se passe dans la famille : être la plus parfaite possible afin de ne pas alourdir la souffrance des parents.

### *Le frère de Michèle ne va pas bien*

Michèle est l'aînée de la famille. Son frère a présenté, très jeune, des difficultés psychologiques avec un retard scolaire, de grosses difficultés relationnelles et comportementales. Sa mère était très angoissée face à cette situation et Michèle était souvent témoin de crises de pleurs et d'abattement chez sa mère. Très tôt est né chez Michèle le sentiment qu'elle ne devait pas poser de problèmes et qu'elle devait être « la plus parfaite possible » pour ne pas charger sa mère d'autres angoisses. Aujourd'hui, Michèle a un schéma de perfectionnisme extrêmement important, qui se manifeste dans tous les domaines, en particulier sur le plan physique avec une recherche désespérée, à coup de vomissements, de la « silhouette parfaite ». Elle aura un jour cette formule : « Je suis redevable de quelqu'un ».

Certaines patientes donnent un éclairage particulier à leur perfectionnisme. Elles expliquent qu'en cherchant à faire toujours mieux, elles retardent la fin de ce qu'elles ont entrepris. C'est un perfectionnisme pour que cela ne s'arrête pas. Leur perfectionnisme leur permet d'être dans une lutte pour atteindre un but, de rester dans un manque qui laisse ouvert tous les possibles. Elles retardent ou rendent impossible une satisfaction qui trouverait une fin. « J'ai atteint mon but, et après ? Après il y a plus rien ! »

Le perfectionnisme devient chez certaines patientes un repère identitaire. Travailler parfaitement, essayer d'avoir un corps parfait, respecter parfaitement des règles diététiques constituent des repères auxquels elles s'accrochent du fait d'un sentiment d'identité défaillant. « C'est le seul moyen de me définir, je ne trouve pas autre chose. »

Notre société joue, elle aussi, un rôle important dans la mise en place et le maintien de ces schémas de perfectionnisme. Dès l'école, du fait de l'importance des études dans une société insécurisante quant à l'avenir professionnel, une forte pression est mise sur les jeunes. Le « peut mieux faire » peut favoriser la mise en place d'un schéma perfectionniste chez des jeunes prédisposés. F. Fanget parle d'une « propagande perfectionniste » (2006) : « L'ère de l'image a fourni à notre société un extraordinaire outil pour véhiculer les normes perfectionnistes ». En particulier, la publicité donne à voir de la perfection, partout : des corps parfaits, des recettes pour une santé parfaite, des images de bonheur parfait, une façon parfaite de vieillir… Nous sommes dans une société libérale qui dit : « Faites ce que vous voulez, mais faites-le parfaitement ! ».

## Difficultés d'acceptation

Cette notion d'acceptation occupe une place de plus en plus importante dans la psychologie moderne. Accepter vient du latin *acceptio* qui

veut dire recevoir avec égard, accueillir. C'est reconnaître que, pour le moment, les choses sont comme elles sont, et non comme on voudrait qu'elles soient. C'est accepter chaque moment tel qu'il est, juste comme il est ; les autres comme ils sont, juste comme ils sont ; nous-mêmes juste comme nous sommes. Lorsque nous sommes face à un problème, accepter c'est selon C. André : « Regarder le problème en face, et se dire : oui ce problème existe ». Accepter, c'est consentir à quelque chose (parfois momentanément, et dans un domaine limité). Accepter ne veut pas dire que l'on soit dans une position passive. Accepter c'est lâcher prise dans le moment présent avec la possibilité d'agir ensuite sur ce que l'on peut changer. Parfois certaines choses ne pourront pas être changées. Il y a un renoncement à faire, un deuil. Accepter revient, alors, à se dire que l'on doit laisser cette chose-là de côté, et qu'il existe d'autres choses à vivre, que l'on va continuer à se construire avec ce manque, que l'on va, peut-être même, pouvoir en faire quelque chose de bien. Accepter ne veut pas dire que l'on soit content de quelque chose ; par exemple, si on vit un deuil, accepter c'est ne pas se cacher la réalité de ce deuil. C'est ne pas se battre contre cette réalité ni contre les émotions qu'elle génère en nous. Les premiers philosophes qui ont développé cette notion d'acceptation sont les Stoïciens. La morale stoïcienne repose sur une distinction entre ce qui ne dépend pas de nous et ce qui dépend de nous. Je reviendrai, à de nombreuses reprises, dans ce livre sur cette notion d'acceptation.

Je pense, en effet, que les patientes anorexiques et boulimiques ont d'importantes difficultés à ce niveau. Accepter, nous l'avons dit plus haut, c'est reconnaître que les choses sont comme elles sont et non pas comme on voudrait qu'elles soient. Cela suppose une frustration, une perte par rapport à l'idéal que l'on a. Or cette question de la frustration et de la perte est cruciale chez ces patientes. Le lien parental précoce qu'elles ont connu est à l'origine d'une dépendance à l'objet importante et leur rend difficile le fait de renoncer, ne serait-ce que pour un temps, à ce dont elles ont besoin, à ce qu'elles attendent. Accepter est souvent vécu par elles comme une soumission, comme quelque chose qu'elles doivent subir. Dans un fonctionnement en tout ou rien, ce qu'elles ne maîtrisent pas totalement elles le subissent. « Si j'accepte, c'est comme si je laissais tomber, accepter c'est ne plus contrôler, pour moi, accepter c'est comme si j'étais d'accord, j'associe lâcher prise et laisser-aller. » Accepter, c'est aussi ne pas être dans l'immédiateté, c'est accepter une temporalité longue. C'est ne pas être dans le tout, tout de suite.

### *Myriam a souffert d'incertitudes*

La mère de Myriam présentait des épisodes dépressifs récurrents lors desquels elle passait plusieurs jours au lit, sans pouvoir répondre aux

> demandes et aux besoins de Myriam. « J'étais toujours dans l'incertitude de ses réponses. » Aujourd'hui, Myriam présente une anorexie sévère et n'accepte pas de devoir attendre, afin d'obtenir ce qu'elle veut. Lorsqu'elle a un désir, et qu'elle a mis en œuvre un certain nombre d'actions pour aboutir à ce qu'elle souhaite, elle ne peut accepter de ne pas avoir la maîtrise totale de cette attente : « Je ne supporte pas cette incertitude ».

Comme pour le perfectionnisme, je voudrais souligner le fait que les sociétés occidentales n'encouragent pas cette capacité d'acceptation. Contrairement aux sociétés orientales, nos sociétés favorisent le faire, le fait de modifier ce qui ne nous convient pas, prônent la non-souffrance. Dans nos sociétés nous refusons le hasard et la fatalité. Nous acceptons très mal de ne pas maîtriser notre vie. D'autres cultures encouragent à développer une forme de sagesse qui consiste à accepter que l'on ne peut pas tout maîtriser, que beaucoup de choses dans la vie sont éphémères. Nos sociétés sont, aussi, des sociétés de l'immédiateté. Que ce soit pour l'accès aux objets de consommation, pour l'accès aux informations, pour rencontrer les autres, nous sommes dans une culture de l'immédiateté.

Cette difficulté d'acceptation, de lâcher prise, très présente chez les patientes anorexiques et boulimiques va contribuer au fait qu'elles aient des objectifs non réalistes. En effet, elles vont chercher à agir sur des aspects de leur vie qu'elles ne peuvent pas changer (du moins tout de suite), sur les autres, sur ce qu'elles sont. Elles ne vont pas y arriver et cela renforce leur sentiment d'inefficacité personnelle.

## Difficultés d'affirmation de soi

L'affirmation de soi est un comportement qui consiste à exprimer, clairement, à l'autre ses désirs (ou ses non-désirs), tout en essayant de préserver une bonne relation. C'est faire valoir ses droits et ses besoins tout en respectant ceux des autres. Les patientes anorexiques ou boulimiques vont avoir des difficultés d'affirmation de soi importantes. Si l'on revient aux angoisses qui sont au centre de ces problématiques, l'angoisse d'abandon et l'angoisse d'emprise et d'intrusion, nous allons trouver des explications à ces difficultés.

Du fait de leur angoisse d'abandon, elles vont être en difficulté pour s'affirmer, de peur d'être rejetées par l'autre. Il leur est difficile de dire « non ». Elles ont peur, alors, de déplaire, et de s'exposer au risque de perdre l'amour de l'autre. Elles veulent éviter, à tout prix, tout conflit. Pour elles, un désaccord équivaut à un « désamour ». C'est ce que nous avons décrit, plus haut, en parlant de la solution de conformité. Elles confondent les émotions négatives de l'autre et les sentiments négatifs : « Si l'autre est en colère ou en désaccord vis-à-vis de moi, il ne va plus m'aimer, et ceci, définitivement ».

Par un mécanisme de projection, elles vont culpabiliser de dire « non » de peur que l'autre se sente rejeté. Elles ont du mal à dire « non » car elles ont du mal à l'entendre.

De la même manière, elles ont du mal à exprimer des demandes de peur de recevoir un « non » en réponse. Ce « non » serait l'équivalent d'un rejet. L'amour de l'autre se mesure, pour elles, au fait qu'il ne lui dise pas « non ».

### *Joëlle et ses difficultés à entendre « non »*

« Lorsqu'on me dit "non", j'ai le sentiment que ce sera toujours non. » « Non renvoie au vide pour toujours, au manque pour toujours. » « Je n'ai pas entendu, de ma mère, de véritables non : Non car ce n'est pas bien pour toi. » « Du côté de mon père, c'étaient des non catégoriques. » « Quand je reçois un non, je le reçois au niveau du ventre, là où je mets la nourriture, c'est là où ça m'arrive, sans filtre, comme un abandon, si on me dit non, on me pose, on me laisse. »

Joëlle ne se sent pas du tout actrice de sa vie. Elle ne peut jamais dire « non » ni formuler de demandes !

Du fait de leur peur de subir l'emprise de l'autre, elles ressentent la position affirmée de l'autre comme une injonction, comme une position à laquelle elles doivent se soumettre. De ce fait, soit elles ne s'affirment pas et se soumettent, soit elles développent une contre-attitude défensive agressive face aux demandes de l'autre. D'une manière projective, elles ont le sentiment que si elles expriment une demande, elles imposent quelque chose à l'autre. Cela les culpabilise, alors elles ne demandent pas !

### *Comment ne pas s'affirmer conduit à faire de la boulimie au lieu d'aller nager*

Christelle prépare un diplôme de natation. Elle souhaitait que son ami vienne la chronométrer à la piscine. Elle lui dit un soir : « Ça pourrait être bien, si un jour tu as le temps, que tu viennes me chronométrer à la piscine ». Son ami lui a répondu qu'il était débordé de travail, qu'il ne voulait pas payer une entrée à la piscine, rien que pour cela. Christelle n'a rien dit mais elle s'est enfermée toute la journée du lendemain, chez elle, en faisant des crises de boulimie, avec le sentiment d'être « abandonnée ».

Si Christelle s'était affirmée, elle aurait pu dire : «Je sais que tu as peu de temps et que ça t'embête de payer une entrée, mais j'ai absolument besoin que tu viennes me chronométrer cette semaine à la piscine ». En cas de refus de son ami, elle aurait pu lui dire : « Je te redis que j'ai besoin de toi, je ne peux pas faire autrement, je t'ai aidé quand tu avais besoin de moi pour ton travail… ». Elle aurait eu plus de chances d'obtenir ce qu'elle désirait et elle se serait entraînée au lieu de faire des crises de boulimie !

Toujours par rapport à cette angoisse d'emprise par l'Autre, certaines patientes éprouvent des difficultés à s'affirmer parce que la communication n'était pas possible dans la famille, parce qu'elles n'étaient pas entendues.

> ***Puisque t'es toi, tais-toi et mange***
>
> « Chez moi, on ne me définissait pas moi, on ne me considérait pas comme une personne à part entière, ils étaient intrusifs, je devais être accrochée à ma mère sinon je perdais son amour. » « J'ai juste compris le langage de mes parents, je ne comprends pas le langage des cartes que j'ai dans les mains. » « Je ne pouvais pas dire ce que je pensais, sinon ma mère faisait des crises d'hystérie. » « Mes parents ont des idées arrêtées sur plein de choses, il n'y pas d'autre façon de voir les choses, il n'y avait pas d'échange. »

## Difficultés pour mettre en place des stratégies efficaces

### Importance des relations parentales précoces de bonne qualité

Dès les premiers instants de sa vie, l'enfant va exprimer des demandes avec une attente de réponse de la part de sa mère. Ces demandes seront, au départ, en rapport avec le besoin alimentaire et progressivement évolueront vers des demandes affectives. Si la mère répond de façon adaptée, et constante, aux demandes de son enfant, si elle est à l'écoute de ces demandes, l'enfant va acquérir, progressivement, la capacité d'interagir activement et efficacement avec son environnement. Si la mère n'est pas à l'écoute des besoins de son enfant, si elle n'est pas constante dans ses réponses alimentaires et affectives, l'enfant va avoir le sentiment qu'il n'a pas la possibilité de contrôler ce qui se passe pour lui. L'imprévisibilité de la mère va, tout particulièrement, empêcher l'enfant de développer un fort sentiment d'efficacité personnelle. Nous pourrions reprendre, ici, la notion de « sentiment d'incontrôlabilité », d'impuissance apprise que l'on retrouve dans le modèle de dépression de Seligman (1975). Cécile, parlant des relations avec sa mère, nous dit : « Le matin, quand je me réveillais, je ne savais pas si j'allais recevoir des baffes ou des bisous ». Elle va subir, passivement, ce qui se passe dans cette relation, jusqu'à l'adolescence, où elle va tenter de tout contrôler à travers des conduites anorexiques. Dans ce que nous disent les patientes porteuses d'un trouble du comportement alimentaire, nous retrouvons, très fréquemment, ce sentiment qu'elles n'avaient pas d'actions possibles sur ce qui se passait pour elles dans leur relation avec leur mère.

Pour l'une d'entre elle, sa mère dépressive était en proie à des accès de détresse lors desquels elle ne s'occupait pas de sa fille. Celle-ci avait le sentiment que cela survenait de façon aléatoire, indépendamment de sa propre attitude, qu'elle devait subir l'éloignement affectif de sa mère sans avoir de contrôle possible.

### *La lettre de Marie*

Marie est une jeune femme boulimique. Elle écrit, un soir, une lettre à sa mère en écriture automatique, essayant de ne pas censurer ce qui lui venait sous la plume. Cette lettre comporte plusieurs particularités : elle vouvoie sa mère, ce qui illustre bien son sentiment de distance affective avec elle ; elle exprime des demandes affectives : « Aimez-moi », « Bercez-moi ». Là aussi le manque affectif transparaît. Cette lettre s'adresse à sa mère morte (alors que dans la réalité sa mère est vivante). Elle comprendra dans la thérapie ce que cela signifie : elle n'a jamais eu le sentiment que ses demandes à l'égard de sa mère étaient entendues. Elle a le sentiment qu'elles sont toujours restées sans réponses. En s'adressant à sa mère morte, elle n'est plus en attente, elle ne risque plus d'être déçue, elle sait à l'avance qu'il n'y aura pas de réponse. Elle n'enverra pas cette lettre, ce qui va toujours dans le même sens, avec aucune attente de réponse. Elle a baissé les bras, elle a le sentiment de n'avoir aucune efficacité dans ses demandes à l'égard de sa mère. Cela éclaire l'origine de son sentiment d'inefficacité personnelle qu'elle exprimera, à plusieurs reprises, tout au long de la thérapie.

Pour apprendre à développer des stratégies efficaces, l'enfant a besoin d'un bon étayage parental. Vers 6 mois, l'enfant commence à prendre des initiatives dans ses interactions avec le monde extérieur. Ses parents vont devoir lui apporter un étayage pour qu'il puisse développer ses compétences. Ils vont le mobiliser vers les buts à atteindre, réduire les difficultés de ses tâches, démontrer pour que l'enfant puisse imiter, le féliciter dans ses réussites, le protéger vis-à-vis de ses échecs. Au fur et à mesure des progrès, l'étayage des adultes s'efface et permet à l'enfant de devenir autonome.

### *Hélène ne sait pas faire du vélo*

Hélène est une jeune femme boulimique. Lorsqu'elle était enfant, sa mère, absente, lui a dit qu'elle n'avait pas le temps de lui apprendre à faire du vélo et qu'elle devait se débrouiller seule. Mais, par ailleurs, sa mère lui laissait dans la maison des pansements et un désinfectant, lui disant, de cette manière, qu'apprendre à faire du vélo était dangereux et qu'Hélène serait en difficulté. Aujourd'hui, Hélène ne sait pas faire du vélo. Le seul sport cycliste qu'elle effectue est du tandem ! Elle ne peut faire du vélo que dans une relation fusionnelle à un autre.

Des traumatismes précoces peuvent donner à l'enfant le sentiment qu'il n'a pas la capacité d'agir efficacement sur son environnement. L'enfant peut être confronté, dans les premières années de sa vie, à des traumatismes divers. Citons par exemple des séparations, des agressions sexuelles, la mort de proches, des maltraitances… L'enfant a alors le sentiment de ne pas avoir de contrôle sur ce qui lui arrive. Parfois, des traumatismes se succèdent, donnant à l'enfant un sentiment d'inefficacité, d'incontrôlabilité, important.

> ***L'enfance difficile de Martine***
>
> Le père biologique de Martine a quitté sa mère lorsqu'il a su qu'elle était enceinte. La mère de Martine avait 19 ans, elle était employée de maison dans une famille bourgeoise qui la logeait. Elle a dû placer Martine dans une famille d'accueil de l'âge de 2 mois à l'âge de 7 ans. À 7 ans, cette mère, qu'elle ne voyait qu'une fois par an, est venue la chercher, sans l'en avertir, pour qu'elle vive avec elle et son nouveau compagnon. Sa mère l'a ensuite maltraitée avec des violences physiques, le compagnon de sa mère a abusé d'elle sexuellement pendant plusieurs années. Quand sa mère s'est aperçue de ce que son compagnon faisait à Martine, elle l'a renvoyée dans la famille d'accueil, en disant qu'il ne fallait pas la croire, qu'elle fabulait et elle est restée avec cet homme qui avait agressé sa fille. Elle a même eu un enfant avec lui. Aujourd'hui Martine est boulimique, elle alterne des phases où elle essaye de contrôler son poids en se faisant vomir et des phases où elle baisse les bras, avec des compulsions alimentaires qui lui font prendre du poids, de façon importante.
> Cette histoire montre comment Martine a subi une succession de traumatismes avec le sentiment de n'avoir aucun contrôle sur ce qui se passait. L'absence de parole, ou l'inefficacité de la parole, est particulièrement frappante dans cette histoire.

### Rôle des événements de vie plus tardifs

Certaines situations vécues au moment de la puberté, à l'adolescence ou à l'âge adulte peuvent renvoyer des patientes à des situations infantiles précoces sur lesquelles elles n'ont pas pu agir et servir de déclencheur à leur trouble alimentaire.

> ***Claire n'arrive pas à être enceinte***
>
> Claire a vécu, enfant, un certain nombre de situations douloureuses dans les relations avec ses parents. Elle a eu le sentiment de devoir subir de façon « aléatoire » ces situations.
> Elle a eu des conduites anorexiques entre 17 et 25 ans. Elle avait repris, ensuite, un comportement alimentaire non restrictif. Elle a, aujourd'hui

> 31 ans et elle reperd de nouveau du poids avec des conduites restrictives depuis qu'elle a fait trois fausses-couches et que le couple commence à être pris en charge sur le plan gynécologique pour infécondité : « Il y a que mon poids que je contrôle dans ma vie », « Je suis bonne à rien, je ne suis même pas capable de maîtriser ça ».

Nous pouvons, ainsi, citer un certain nombre de situations que les patientes ressentent comme douloureuses et non maîtrisables et qui peuvent être déclenchantes de troubles alimentaires :

- une puberté précoce ;
- une croissance rapide qui les rend différentes des autres ;
- des séparations avec l'entourage, par exemple du fait de déménagements ;
- une agression sexuelle ;
- une rupture amoureuse ou amicale ;
- des décès ou des maladies graves chez des proches.

### Des facteurs en lien avec leur pathologie

La dénutrition, ou les troubles somatiques liés aux vomissements, entraînent une asthénie, un manque d'élan vital, parfois un authentique syndrome dépressif qui diminuent la capacité qu'ont ces patientes à être actrices de leur vie. Je citerai la belle phrase de J.P. de Tonnac : « Cet oiseau maigre qui parle de s'envoler mais dont les ailes sont manifestement trop déplumées pour le transporter nulle part ».

Les troubles des conduites alimentaires sont fréquemment associés à des pathologies qui vont aggraver le sentiment d'inefficacité. Citons, en particulier, la dépression, les conduites addictives associées.

Le fait que certaines patientes présentent des troubles du comportement alimentaires graves qu'elles n'arrivent pas à changer, ceci depuis des années, majore leur sentiment d'inefficacité personnelle, réalisant un cercle vicieux.

## Importance accordée par la société au sentiment d'efficacité personnelle

On ne peut souligner l'importance du sentiment d'inefficacité personnelle dans nos sociétés modernes sans évoquer l'évolution historique de l'individualisme. Citons I. Queval (2008) : « L'effondrement des grandes transcendances religieuses, politiques, sociales a précipité la dispersion individualiste et la nécessité pour chacun de réussir son propre destin... Les individus se voient sommés de réussir ici et maintenant et de donner sens à une existence précaire ».

Notre société fait de ce sentiment d'efficacité personnelle une valeur fondamentale. Dans notre société individualiste C. André rappelle les trois valeurs qui sont mises en avant : la performance, l'opulence et l'apparence. Les valeurs de réussite professionnelle, de combativité sont mises au premier plan. De partout, on lit, ou on entend, qu'il faut « prendre sa vie en main », que nous devons être les acteurs de notre bonheur. Nous disons à nos enfants que « si on veut, on peut ». Les héros modernes sont des décideurs, des personnes qui maîtrisent leur vie, qui changent, immédiatement ce qui ne leur convient pas, qui contrôlent l'accès à ce qu'ils désirent. Les démarches de développement personnel fleurissent partout, avec notamment toutes les démarches de *coaching*. Notre société a des exigences de performance importantes mais n'est pas sécurisante sur les chances d'y parvenir. Nous disons à nos enfants : « Si tu travailles bien à l'école tu auras un bon métier », mais ceci n'est pas toujours vrai !

Pouvoir choisir, en partie, notre vie est à de nombreux égards une chance extraordinaire. Nous avons vu, plus haut, que dans l'histoire de notre société cela n'a pas toujours été possible. À l'époque actuelle, dans d'autres sociétés, ce n'est toujours pas le cas pour de nombreux êtres humains, tout particulièrement pour les femmes. Dans beaucoup de pays les femmes doivent subir la loi des hommes. Elles ne peuvent pas choisir ce qui se passe dans leur vie. Elles n'ont même pas la liberté de choisir l'homme avec lequel elles vont vivre et avec qui elles vont faire des enfants. Plus une société est développée et moderne, plus les femmes peuvent aspirer à choisir leur vie et à contrôler ce qui se passe pour elles.

En revanche, vivre dans une société comme la nôtre est d'une difficulté extraordinaire pour ceux, et celles, qui n'ont pas pu bénéficier de bonnes conditions psychoaffectives précoces pour développer cette capacité à maîtriser efficacement leur vie. C'est le cas des patientes présentant des troubles des conduites alimentaires. Elles sont en face d'un modèle social qui leur montre des valeurs de liberté individuelle, de compétences personnelles qu'elles ne se sentent pas capables de développer. Elles vont en ressentir une frustration majeure. Nous verrons plus loin qu'elles vont y répondre de différentes manières : en baissant les bras ou en hypercontrôlant ce qu'elles peuvent contrôler. Au début de l'année 2005, on pouvait lire des affiches contre le libéralisme mondial, qui montraient un petit enfant africain fortement dénutri. Il était écrit : « Tu mangeras lorsque tu seras compétitif ». Cela pourrait illustrer avec justesse la problématique des patientes anorexiques et boulimiques qui ne se sentent pas « compétitives ». Le fait que les conduites anorexiques et boulimiques connaissent une incidence croissante dans nos sociétés occidentales pourrait s'expliquer, en partie, de cette manière : plus une société donne aux individus la possibilité de choisir efficacement leur

vie et plus elle va prôner le culte de la performance, plus elle va mettre en difficulté ceux qui n'y ont pas été préparés affectivement.

De même, cette hypothèse peut donner une explication à la très nette prédominance féminine de ces pathologies. En effet, les valeurs d'efficacité personnelle sont biologiquement, historiquement, et socialement plus facilement acquises pour les hommes que pour les femmes. Le sentiment d'inefficacité personnelle, qui joue un rôle majeur dans la genèse de ces troubles, se retrouve donc plus facilement chez les femmes. Les filles auront, plus facilement que les garçons, le sentiment de ne pas contrôler leur vie quand elles n'ont pas trouvé un environnement psychologique étayant pour développer cette capacité.

### *Trop dur d'être la femme de Jules !*

« Être une femme est franchement pénible du fait d'un devoir de performance permanente : gérer le travail, la vie sociale, son physique, son mari, ne pas oublier de sourire devant sa belle-mère, ni de nettoyer le sol le mercredi de 16 à 18 heures et aussi de ne pas être trop bavarde, ni intelligente, ce qui est mauvais pour l'ego de Jules, mais pas complètement bête au risque de confondre le Martini avec le whisky en servant l'apéro au grand mécontentement de Jules… Bref ce n'est pas d'une évidence à la portée de toutes !

Le fait de ne plus avoir ses règles empêche la maternité, donc le fait de fabriquer des petites répliques de soi-même (et accessoirement de Jules), en mieux dans l'idéal, mais potentiellement en pire, et quoi qu'il en soit, en « difficilement éducable sans se remettre en question ».

Peur de mal faire, peur de transmettre ses angoisses, peur de ne pas être à la hauteur, peur qu'il arrive quelque chose au bébé, peur que le couple « clash » (au détriment de bébé), peur d'avoir un enfant handicapé mental, ou souffrant de troubles psychotiques, surdoué, ou rêvant de redresser la tour de Pise.

En étant anorexique, je n'ai plus la possibilité d'enfanter dans cet élan d'euphorie réactionnelle à une passion illusoire, plus envie de m'acoquiner avec un humanoïde mâle, plus de sentiment envers quiconque, et une tendance à m'isoler qui me préserve, franchement, d'une quelconque dérive. Je pourrais dire que j'agis en prévention. »

Enfin, l'importance de la nourriture à disposition va conditionner le lien entre sentiment d'inefficacité et trouble alimentaire : quand il n'y a pas beaucoup de nourriture à disposition, un individu qui mange beaucoup est un individu efficace qui a su développer des compétences personnelles importantes. Quand il y a pléthore de nourriture, un individu efficace est celui qui sait maîtriser ses prises alimentaires et son poids,

c'est un individu qui ne devient pas obèse. La minceur est aujourd'hui l'un des signes de la réussite sociale.

## Sentiment d'inefficacité personnelle et conduites anorexiques et boulimiques

Ce sentiment d'inefficacité personnelle va être à l'origine d'un certain nombre d'angoisses :

- l'angoisse d'être abandonnée : l'angoisse d'abandon que l'on retrouve au centre de ces problématiques alimentaires est complètement associée au sentiment de ne pas pouvoir agir efficacement sur la relation d'objet. L'idée de subir avec impuissance la rupture d'un lien est ce qui caractérise l'abandon ;
- l'angoisse d'emprise et d'intrusion : si l'on ne peut pas agir efficacement sur sa vie vient naturellement l'angoisse de subir l'influence des autres, de devoir se plier à leurs choix, de ne pas pouvoir mettre des limites aux autres ;
- une angoisse de mort : le sentiment de ne pas pouvoir avoir de prise sur sa vie, sur son environnement, va majorer l'angoisse de mort propre à tout être humain. J'ai souvent observé que les patientes anorexiques ou boulimiques présentaient des angoisses de mort importantes (souvent sous la forme d'attaques de panique ou de peurs phobiques des maladies), en particulier lorsque les stratégies défensives d'hyper-contrôle dont je vais parler plus loin sont moins importantes ;
- une peur de perte de contrôle : un fort sentiment d'inefficacité personnelle peut conduire à l'angoisse de perdre complètement le contrôle de ses actes. Il y a, bien sûr, la peur constamment retrouvée chez ces patientes de perdre le contrôle sur leur comportement alimentaire et sur leur poids. Mais cette angoisse de perdre totalement le contrôle de ses actes peut revêtir une forme particulière, et souvent retrouvée : les phobies d'impulsion.

### *Allisson est un Playmobil*

« J'ai peur de m'approcher d'un très jeune enfant, d'un bébé. J'ai peur de perdre le contrôle et de lui faire du mal. De la même façon, je suis angoissée lorsque je croise une personne âgée dans la rue, j'ai peur de lui faire du mal. Je ne peux pas toucher des couteaux tranchants. J'ai l'impression de ne pas pouvoir contrôler ce que je fais, d'être sous l'emprise de quelque chose qui est plus fort que moi et qui dirigerait mes actes. J'ai l'impression d'être un Playmobil.

Le sentiment d'inefficacité personnelle conduit à deux positions fondamentales :
- une position défensive vis-à-vis de ces angoisses : l'hypercontrôle réactionnel ;
- une position dépressive de renoncement.

## L'hypercontrôle comme formation réactionnelle défensive

Ces patientes vont se défendre d'un sentiment de ne rien contrôler dans leur vie par un besoin de tout contrôler. Elles sont dans une peur de la passivité, dans une peur de subir. Avec un fonctionnement en tout ou rien, caractéristique de leur problématique, elles vont essayer de tout contrôler dans leur vie, même ce qui n'est pas contrôlable.

### Contrôler la nourriture, contrôler le poids

*Elles vont contrôler leur poids* : aujourd'hui, dans notre société, la surcharge pondérale est associée à une idée, de faiblesse, de « laisser-aller », de faible contrôle, de faible efficacité personnelle. Elles vont, en réaction, se placer aux antipodes de cette image : « Plus je suis maigre, plus je contrôle, plus je montre que j'ai une efficacité personnelle importante ». « Le chiffre sur la balance, ça écrit noir sur blanc si j'ai contrôlé ou si j'ai pas contrôlé. »

*Elles vont contrôler leur image corporelle* : elles vont essayer d'effacer les rondeurs qui sont apparues, sans qu'elles les aient choisies, notamment au moment de la puberté. À ce moment-là, leur corps s'est transformé, sans qu'elles puissent le maîtriser. Nous avons vu, plus haut, que cela les renvoyait à des situations antérieures lors desquelles elles ont eu le sentiment de ne rien maîtriser. Effacer leurs formes de femme c'est reprendre le contrôle. Elles expriment, parfois, que c'est leur seule façon d'être soi !

*Elles vont contrôler leur faim* : ne pas manger quand elles ont faim, c'est être plus forte que la nature, c'est maîtriser une dépendance orale qui les renvoie au lien primaire à la mère. C'est se sentir efficaces là où elles ont eu, dans les premiers moments de leur vie, le sentiment de ne pas l'être. Aujourd'hui, aller plus loin que leurs copines qui essayent, avec difficulté, de perdre du poids c'est se sentir plus efficace qu'elles, alors qu'habituellement, elles ont le sentiment qu'elles le sont moins.

*Elles vont contrôler l'objet alimentaire* : dans la restriction anorexique, elles décident, intellectuellement, la quantité précise de nourriture qu'elles vont incorporer. Elles ont le contrôle total sur la nourriture. Elles ont le besoin de ressentir que ce n'est pas la nourriture qui les attire, avec le risque d'y céder, entraînées par leurs besoins alimentaires. Leur plus grande peur est de perdre ce contrôle face à la nourriture, la nourriture prenant la place de l'objet maternel dont elles pourraient dépendre et être soumises.

> ***Si je mange, il va m'arriver malheur !***
>
> « Lorsque j'ai trop mangé, j'ai le sentiment qu'il peut arriver quelque chose de grave, parce que je me sens faible, incapable. À l'inverse lorsque j'ai faim, j'ai l'impression que je suis forte, que je contrôle, que je peux maîtriser les dangers de la vie. Heureusement, quand je mange, avec les vomissements, je reprends la main. »

Dans un certain nombre de crises boulimiques, l'incorporation massive de nourriture procède, aussi, d'un extrême besoin de contrôle. Ce sont les crises boulimiques « choisies, décidées ». Dans ces crises, il y a un contrôle de l'objet nourriture dans la mesure où elles vont décider de s'en remplir, autant qu'elles le veulent. Une patiente a eu, un jour, cette expression : « La nourriture ne me dit jamais non ». Nous verrons dans le chapitre suivant que cette incorporation massive de nourriture va avoir, entre autres, pour but d'anesthésier des émotions qu'elles n'acceptent pas de ressentir ; nous sommes, là aussi, dans un besoin de contrôle et de maîtrise. Il est clair que dans les mécanismes mis en œuvre par les patientes boulimiques pour maîtriser leur poids (vomissement, alternance avec des périodes de restriction, laxatifs, diurétiques) nous pouvons repérer, de façon évidente, cette dimension essentielle d'hypercontrôle. Ces conduites d'hypercontrôle peuvent prendre tellement d'importance que cela a fait dire à une patiente : « Mon contrôle me contrôle ».

### Contrôler dans de nombreux autres domaines

Nous avons déjà évoqué le perfectionnisme que l'on retrouve fréquemment chez ces patientes. Un des aspects du perfectionnisme est de contrôler. Être perfectionniste dans ses études, dans son travail, permet de minimiser le risque d'échec, c'est une tentative de maîtrise des risques.

Ce mécanisme défensif d'hypercontrôle peut être repéré dans les relations aux autres. Elles vont, par l'hypercontrôle, essayer de se protéger contre leur angoisse d'être abandonnées. Certaines contrôlent leurs sentiments : « Je ne tombe jamais amoureuse, je ne m'attache pas aux gens, comme ça je ne risque pas de souffrir ». D'autres vont contrôler le lien à l'autre, elles sont dans une emprise tyrannique : « Je quitte les hommes, très rapidement. Dans une relation, c'est moi qui décide le moment où je quitte, comme cela je ne suis jamais quittée ». Delphine, qui souffre de boulimie depuis plusieurs années, a choisi d'avoir plusieurs amants, tous disponibles pour elle, afin de n'être jamais seule. Elle choisit des hommes qu'elle domine, sur lesquels elle a un contrôle. Manon essaye dans chaque relation amoureuse de se « battre pour que ça marche ».

Les patientes anorexiques ou boulimiques présentent souvent des TOC associés. Leurs rituels compulsifs sont, pour elles, des moyens d'essayer d'avoir un contrôle sur leur vie, sur leur destin, de conjurer ce qui les angoisse. Citons l'exemple de Catherine qui note absolument tout ce qu'elle fait tout au cours de la journée avec une extrême précision. Lorsqu'elle ne le fait pas, elle est envahie par une forte angoisse de mort. Anne, quant à elle, présente une arithmomanie : elle compte toutes sortes d'objets (des voitures, des carreaux sur le sol, des objets sur sa table). Si elle arrive à un nombre commençant par un 4 elle est très angoissée, elle recommence à compter, espérant aboutir à un autre nombre. Le chiffre 4 est le chiffre des dizaines du poids en dessous duquel elle essaye de se maintenir… Claudine a de nombreuses conduites de vérification : « Je veux me faire un environnement sûr, qui ne pourra venir que de moi, car on n'a pas réussi à me le faire lorsque j'étais enfant ».

### *Amélie passe d'un hypercontrôle à l'autre*

Amélie a 11 ans quand son père a été poignardé dans la rue, il a failli mourir. Un an après, sa meilleure amie qu'elle voyait très souvent meure d'un cancer des os, à 12 ans. Elle a commencé à présenter des TOC. C'étaient des rituels conjuratoires, où elle se récitait des phrases, elle devait fermer quatre fois les portes de la maison, à table il fallait que les couverts soient parfaitement parallèles. Si elle ne le faisait pas, elle avait l'angoisse de perdre les personnes qu'elle aimait. Ça s'est arrêté, brutalement, à 15 ans lorsqu'elle a commencé une anorexie mentale restrictive avec un hypercontrôle de son poids et de la nourriture.

L'hypercontrôle peut se repérer aussi dans des stratégies défensives visant à réduire l'angoisse de mort :

- le défi anorexique aux lois de la nature : l'anorexique, en tentant de se passer de ce dont elle a besoin pour vivre, se place au-dessus de la nature, dans une illusion d'immortalité : « Je n'ai pas besoin de manger pour vivre » ;
- essayer de contrôler la mort : c'est la recherche de sensations fortes, par exemple dans les sports extrêmes. En jouant à maîtriser le risque, il y a une recherche de contrôle de la mort ;
- choisir sa mort ;

### *Mourir quand je veux*

« Je n'ai pas choisi de naître, je peux choisir de mourir, c'est une manière d'être actrice de ma vie ; me détruire, c'est le dernier recours pour être actrice de ma vie. »

> Ces propos, ce sont ceux de Brigitte qui présente des idées suicidaires importantes qui, souvent, sont venues apaiser ses angoisses avec cette idée qu'elle pouvait ainsi maîtriser, de manière ultime, ses souffrances envahissantes.

- arrêter l'avancée de sa vie, pour ne pas se confronter à ce qui se finit.

> ***Maigrir pour se suspendre***
>
> « Ma vie est suspendue. En étant très maigre, je suis fatiguée, je n'arrive pas à faire les choses, ma vie est suspendue. Si je vais au bout de quelque chose, il y a forcément quelque chose qui se finit. Quand on est dans le non-accomplissement, les choses peuvent s'étirer à l'infini. Du reste, quand on étire quelque chose à l'infini, il s'affine de plus en plus… Mon angoisse de la fin des choses vient de mon père. Il était très âgé. Il disait, très souvent, que la naissance était le début d'une agonie. En étant anorexique, je suis entre la vie et la mort, suspendue entre la vie et la mort. »

Comme je l'ai évoqué plus haut, il n'est pas rare de voir des patientes anorexiques ou boulimiques développer des angoisses de mort importantes (attaques de panique) lorsqu'elles lâchent certains de ces mécanismes défensifs d'hypercontrôle.

## La position dépressive de renoncement

Pour parler simplement, cela consiste à « baisser les bras ». Quelqu'un qui a un sentiment d'inefficacité personnelle peut renoncer à se battre, à agir pour changer ce qui ne lui convient pas. C'est un comportement d'inhibition de l'action. C'est une position fataliste. J'ai qualifié cette position de dépressive car il s'y associe, souvent, une humeur dépressive. Du reste, un des premiers modèles comportementalistes de la dépression, celui de Seligman, reposait sur l'idée de l'impuissance apprise qui rejoint le concept utilisé, ici, d'inefficacité personnelle.

Cette position de renoncement peut être repérée à plusieurs niveaux chez ces patientes.

### Au niveau alimentaire

C'est ce que l'on voit au moment de certaines crises de boulimie qui sont des pertes de contrôle vis-à-vis de règles alimentaires que cherchent à respecter les patientes. Les pensées automatiques qui peuvent être repérées à ce moment-là sont généralement du type : « Puisque je n'arrive pas efficacement à tenir mes règles alimentaires, fichue pour

fichue, j'arrête de me battre, je mange beaucoup, je compenserai après par tel ou tel moyen ». On retrouve cette position chez beaucoup de patientes en surpoids qui, insatisfaites de leur poids, considèrent que c'est « foutu » et qu'elles n'arriveront jamais à ce qu'elles souhaitent et elles ne vont plus s'impliquer dans des stratégies efficaces de changement.

### Au niveau relationnel

Ces patientes n'arrivant pas à avoir une position assertive dans leur relation aux autres, elles adoptent une position de soumission au sein de laquelle elles laissent les autres choisir pour elles, décider pour elles. Elles ne vont pas s'affirmer, elles ne vont pas dire « non ». Elles subissent. Cela peut aller très loin, elles peuvent, ainsi, répéter des histoires de maltraitance ou d'effractions sexuelles avec l'idée que « ça ne sert à rien de se battre, de toute manière cela ne changera pas les choses ».

### Dans leur vie, en général

Au lieu de chercher à affronter efficacement les difficultés, elles évitent. Au lieu d'agir efficacement, au moment où elles le souhaitent, elles remettent au lendemain, c'est ce que l'on appelle la procrastination. Au lieu d'être dans une dynamique optimiste de la vie, elles s'enfoncent dans une dépression où le découragement trouvera une large place.

À propos de cette position de renoncement, je voudrais faire deux remarques :

- cette position de renoncement va conduire à un cercle vicieux avec un renforcement du sentiment d'inefficacité personnelle (fig. 3.1) ;
- cette position de renoncement s'observe plus chez les patientes présentant des crises boulimiques, alors que les patientes anorexiques sont, presque exclusivement, dans une position d'hypercontrôle.

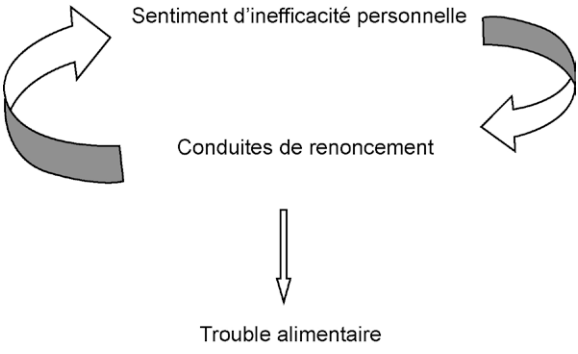



FIGURE 3.1 **Position de renoncement.**

Pour conclure sur le sentiment d'inefficacité personnelle, on pourrait dire que devenir anorexique est une manière de ne pas devenir folle, au sens où Mathilde, 16 ans, l'entend.

> ***La parabole du fou pour Mathilde***
>
> Mathilde est anorexique. Depuis son enfance, elle a une peur immense de la folie, des asiles psychiatriques. « Lorsqu'on est fou, on a une camisole, on ne peut rien faire. Lorsqu'on dit quelque chose, personne ne vous croit parce qu'on est fou. Le fou, il ne peut rien faire, il est aliéné ! »

## 3.2. Les ateliers psychothérapiques en groupe

Lors de ces ateliers, l'accent sera continuellement mis sur les deux principes fondamentaux de la thérapie dialectique :

- la voie du milieu : recherche d'une position dialectique entre sentiment de passivité et hypercontrôle ;
- recherche d'un équilibre entre des stratégies d'acceptation d'une part, et un apprentissage de nouvelles compétences, en remplaçant des comportements inefficaces par des réponses performantes. Être efficace c'est, comme l'écrit M. Linehan (2000), « utiliser des moyens plein de compétence ».

Je vais présenter un calendrier des séances qui n'est qu'une indication approximative. En effet, je conseille de ne pas fixer à l'avance un calendrier précis. Avec les thérapeutes avec lesquels je travaille, nous laissons toujours aux patientes le choix du rythme de progression du programme de soins. Très fréquemment, la question est posée, à l'ensemble des participantes, à la fin d'une séance : « La semaine prochaine, nous pouvons, si vous le souhaitez, continuer à travailler sur le même thème qu'aujourd'hui, ou bien aborder un autre thème. Qu'en pensez-vous ? Que voulez-vous que l'on fasse ? ».

### Atelier psychothérapique n° 1 : peut-on tout contrôler dans sa vie ?

#### Objectif de l'atelier

L'objectif de cet atelier est de faire réfléchir les participantes sur leur position dichotomique en tout ou rien vis-à-vis de leur sentiment d'efficacité personnelle. Nous avons vu, dans le chapitre précédent, qu'elles ont un faible sentiment d'efficacité personnelle, avec le sentiment qu'elles ne peuvent être actrices de leur vie. En réaction, elles cherchent très

souvent à tout contrôler dans leur vie. Cet atelier est une introduction à la pensée dialectique avec les stratégies de changement et les stratégies d'acceptation. Au cours de l'atelier, les participantes vont être amenées à réfléchir sur le fait qu'être acteur de sa vie c'est pouvoir agir efficacement sur un certain nombre de situations, mais c'est aussi accepter que l'on ne peut pas tout contrôler.

L'accent va être mis sur quatre points.

**Quatre points essentiels**

- Elles sont, la plupart du temps, dans une position en tout ou rien dans de nombreux domaines (pas seulement alimentaires). Ceci est en lien avec leur sentiment d'inefficacité personnelle : pour elles, soit elles contrôlent et maîtrisent tout, soit elles subissent et baissent les bras.
- Il existe un lien entre cette dualité contrôle-perte de contrôle et leur trouble du comportement alimentaire.
- Tout contrôler est rarement possible. Il existe une différence entre « contrôler » et « agir sur… ». C'est l'introduction à la notion d'acceptation.
- Dans notre vie, il y a un certain nombre de choses sur lesquelles nous pouvons agir, et il y a un certain nombre de choses que nous devons accepter. C'est l'essence même de la pensée dialectique.

## Agenda de la séance

- Chaque participante va être amenée à s'exprimer sur les questions suivantes : « Faites-vous un lien entre votre trouble du comportement alimentaire et le sentiment de ne pas pouvoir agir efficacement dans votre vie ? ».

« Faites-vous un lien entre votre trouble du comportement alimentaire et le besoin d'essayer de tout contrôler dans votre vie ? »

- Chaque participante est amenée à s'exprimer sur la question suivante : « Pensez-vous que l'on puisse tout contrôler dans sa vie ? ».

Au cours de la discussion seront notés un certain nombre d'exemples de situations sur lesquelles nous ne pouvons pas agir. L'animateur soulignera que l'idée de contrôler totalement est rarement réaliste. Il existe une différence entre « contrôler » et « agir sur… ».

- Un travail de réflexion est proposé autour de la question : « Quelle position peut-on avoir face à ces situations sur lesquelles nous ne pouvons pas agir ? ». L'accent sera longuement mis sur la notion d'acceptation avec la différence entre acceptation, résignation, démission et renoncement. La notion d'acceptation est souvent difficile à appréhender pour les patientes et peut nécessiter qu'un deuxième atelier lui soit consacré.
- « Pouvons-nous agir efficacement sur certains aspects de notre vie ? »

Un certain nombre d'exemples pourront être utilisés.

Généralement, à ce moment de la séance, les participantes commencent à souligner les difficultés qu'elles ressentent pour agir efficacement dans leur vie.

- Nous avons pris l'habitude de souligner, en conclusion, le fait que les objectifs de ce module peuvent se résumer en deux mots : « oser et accepter ».

## Documents remis aux participantes

### La prière de la sérénité

« Mon Dieu, donnez-moi la sérénité d'accepter ce que je ne peux changer, le courage de changer les choses que je peux changer et la sagesse d'en connaître la différence. »
Cette prière est attribuée à Reinhold Niebuhr (1892–1971) qui est un théologien protestant Nord-Américain. Les alcooliques anonymes (AA) en ont fait un de leurs outils de travail psychologique et spirituel (citée par André, 2006).

### L'acceptation

Accepter vient du latin *acceptio* qui veut dire recevoir avec égard, accueillir. C'est reconnaître que, pour le moment, les choses sont comme elles sont, et non comme on voudrait qu'elles soient. C'est accepter chaque moment tel qu'il est, juste comme il est ; les autres comme ils sont, juste comme ils sont ; nous-mêmes juste comme nous sommes.
Face à un problème, accepter c'est regarder le problème en face, et se dire : « Oui ce problème existe ». Accepter, c'est consentir à quelque chose. C'est consentir, parfois momentanément, et dans un domaine limité. Ce n'est pas la même chose que se résigner qui veut dire abandonner avec un côté définitif. Accepter c'est se dire que les choses sont comme ça, dans le moment présent avec l'idée que, après, elles pourront être différentes. Accepter c'est lâcher prise dans le moment présent avec la possibilité d'agir, ensuite.
Ainsi, accepter ne veut pas dire que l'on soit dans une position passive : on peut accepter, puis agir pour changer ce que l'on *peut* changer.
Parfois certaines choses ne pourront être changées. Il y a un renoncement à faire, un deuil à faire. Accepter revient, alors, à se dire que l'on doit laisser cette chose-là de côté, et qu'il y a d'autres choses à vivre, que l'on va continuer à se construire avec ce manque. Que l'on va peut-être même pouvoir en faire quelque chose de bien.
Accepter ne veut pas dire que l'on soit content de quelque chose. Par exemple, si on vit un deuil, accepter c'est ne pas se cacher la réalité de ce deuil. C'est ne pas se battre contre cette réalité ni contre les émotions qu'elle génère en nous.
Accepter n'est pas facile, il faut parfois accepter de ne pas accepter !
Les premiers philosophes qui ont développé cette notion d'acceptation sont les Stoïciens dans l'Antiquité gréco-romaine, avant Jésus-Christ.
La morale stoïcienne repose sur une distinction entre ce qui ne dépend pas de nous et ce qui dépend de nous.

« Ne demande pas que ce qui arrive arrive comme tu veux. Mais veuille que les choses arrivent comme elles arrivent et tu seras heureux. » Epictète

## Atelier psychothérapique n° 2 : comment agir efficacement sur sa vie ?

### Objectif de l'atelier

Prendre conscience des différentes étapes nécessaires pour pouvoir être efficace dans sa vie : « la séquence d'efficacité personnelle ».

### Travail effectué pendant l'atelier

L'objectif de la séance est posé : « Quelles sont, selon vous, les différentes étapes importantes pour pouvoir agir efficacement dans sa vie ? ».

On peut partir d'exemples choisis par les participantes :

- elles vont discuter, entre elles, pour repérer les étapes importantes ;
- elles repèrent les difficultés qu'elles peuvent rencontrer à chacune des étapes ;
- la séquence d'efficacité personnelle est établie.

### Document remis aux participantes

**La séquence d'efficacité personnelle**

Repérer nos propres désirs, nos propres besoins

↓

Se fixer des objectifs réalistes

↓

Affirmer aux autres nos désirs et nos choix

↓

Mise en place d'un plan d'action, passage à l'action

## Atelier psychothérapique n° 3 : mieux repérer ses désirs

### Objectif de l'atelier

Aider les participantes à mieux repérer leurs besoins, leurs désirs, leurs non-désirs, leurs propres opinions.

### Travail effectué lors de l'atelier

L'animateur peut commencer la séance en relevant toutes les difficultés rapportées par les participantes sur le repérage de leurs désirs, sur la

manière d'en tenir compte. Chacune de ces difficultés sera abordée et discutée durant l'atelier.

Le groupe peut travailler sur des exemples : différentes situations sont choisies et l'animateur demande aux participantes de repérer et de noter leurs envies, selon une technique de *brain storming*. Je conseille de partir d'exemples très simples comme l'organisation d'une soirée, le choix de vacances, le choix d'une activité de loisir, etc. Je conseille, par souci de simplification, de ne pas partir d'exemples mettant en jeu la nourriture.

L'animateur s'attachera sur certains points :

- tenir compte de ses désirs et de ses besoins est fondamental : sans cela, on tombe malade ;
- il est indispensable de repérer ce que l'on veut, ce dont on a besoin, mais aussi ce que l'on ne veut pas !
- nos désirs, nos besoins sont forcément légitimes, ils ne sont pas moins importants que ceux des autres ;
- la satisfaction d'un désir n'entraîne pas obligatoirement une relation de besoin et de dépendance vis-à-vis de ce qui a satisfait ce désir ;
- tout au long de l'atelier, comme lors des suivants, l'animateur cherchera à renforcer l'estime de soi des participantes en valorisant ce qu'elles sont, ce qu'elles disent, en renforçant une position d'acceptation vis-à-vis d'elles-mêmes.

## Document remis aux participantes

### Comment mieux repérer vos désirs

Repérer ce dont nous avons besoin, ce que nous désirons, mais aussi ce que nous ne voulons pas est indispensable. Sans cela nous tombons malades (troubles alimentaires, dépression). Vous êtes peut-être en difficulté pour le faire.

**Huit clés pour vous aider à mieux repérer vos désirs, vos besoins, et en tenir compte**

***Dans les diverses situations, essayez d'avoir toujours en tête la question suivante : « Qu'est-ce que je veux, moi ? De quoi ai-je besoin ? ».***

Parfois, lorsque vous êtes en présence d'êtres qui vous sont chers, ou lorsqu'il y a des enjeux (affectifs, professionnels, etc.), vous ne savez pas ou plus ce que vous voulez, quel est votre désir. Vous pouvez être tentée de privilégier ce que veulent les autres, de peur de perdre leur amour, leur estime. Mais, avant toutes choses, il est indispensable de vous poser cette question : « Qu'est-ce que je veux, moi ? De quoi j'ai besoin ? Qu'est-ce que je ne veux surtout pas ? ».

***Accueillez vos désirs !***

Parfois les désirs sont très fugaces. Il faut savoir les repérer, les décrypter, les accueillir.

Tous les désirs sont à prendre en compte, même les petits désirs : « J'ai envie de m'asseoir cinq minutes », « J'ai envie de boire un verre d'eau », « J'ai envie de mettre ce pull aujourd'hui », « J'ai envie de sentir cette odeur ». Voilà des exemples de petits désirs qu'il faut savoir accueillir.

***Valorisez vos désirs !***

Il est nécessaire d'écouter vos désirs. Encore une fois, cela ne veut pas forcément dire que vous allez y répondre. Mais, de la même manière que les émotions, *vos désirs vous permettent de mieux vous connaître, ils participent à votre sentiment d'identité,* ils vous informent sur ce qui vous manque. Écoutez vos désirs ! Vos désirs sont aussi importants que ceux des autres !

***Ne censurez pas d'emblée vos désirs !***

Certains désirs ne seront pas très réalisables. Mais il est important de ne pas les censurer d'emblée. *Ne jugez pas vos désirs* ! Écoutez-les, prenez-les en compte et, *après,* vous déciderez ce que vous ferez. Se dire d'emblée « Non ce n'est pas possible » ou « Non, c'est pas bien » est dangereux. Vous risquez de ne plus savoir repérer vos désirs, d'avoir un sentiment de perte d'identité. Vous pouvez porter un jugement sur vos actes, mais pas sur vos désirs !
Donc, dans un premier temps, il est important de lister tous vos désirs… sans aucune limite. Penser un désir, se le représenter, n'est pas dangereux !

***Vous pouvez garder vos désirs !***

Lorsque l'on repère un désir, une envie, il n'est pas toujours possible de la réaliser immédiatement. Vous pouvez rester, très longtemps, avec ce désir en vous. Un jour, peut-être, vous le réaliserez ! Mais pendant longtemps, ce désir porté en vous vous aura donné le sentiment d'exister ! Acceptez l'idée que tout ne se satisfait pas « tout de suite ». Différer n'enlève rien à la force de vos envies.

***Vous avez le droit de ne pas savoir ce que vous voulez !***

Il vous est peut-être arrivé de vous trouver dans des situations où l'on vous dit : « Qu'est-ce que tu veux ? », et où vous ne savez pas ce que vous voulez. *On a le droit de ne pas savoir, à certains moments, ce que l'on veut !* Dites-le : « Là, tout de suite, je ne sais pas ce que je veux. Laissez-moi le temps d'y réfléchir. Nous en reparlerons quand j'aurai mieux repéré ce dont j'ai vraiment envie ».

***Osez désirer !***

Parfois, cela vous fait peur d'avoir des désirs. Vous pouvez, par exemple, avoir peur d'y répondre de peur d'être déçue, vous pouvez avoir peur de perdre ce qui pourrait satisfaire votre désir, vous avez peut-être peur de ne plus pouvoir vous passer de la satisfaction de vos désirs ou de vos besoins, d'en être dépendante. Il est important d'essayer de faire face à ce qui vous fait peur. Si l'on se ferme à tous ses désirs, si on ne répond à aucun désir : on tombe malade !

***Dites-vous que faire un choix est quelque chose de réversible !***

Lorsque vous faites un choix, vous choisissez quelque chose, *ici et maintenant.* Les choix sont la plupart du temps réversibles. On a le droit de changer de position ! On peut avoir d'autres envies, plus tard !
On a le droit de se tromper ! C'est comme cela que l'on acquiert de l'expérience.

On a le droit, également, de désirer plusieurs choses, en même temps. Avoir un désir, ou une envie, ne signifie pas renoncer à tout le reste !
*Si vous avez le sentiment de ne jamais avoir envie de rien : dites-vous qu'avoir envie d'avoir des désirs, c'est déjà un désir !*

## Atelier psychothérapique n° 4 : se fixer des objectifs réalistes

### Objectif de cet atelier

- Amener les participantes à repérer le côté irréaliste de leurs objectifs, à repérer les processus cognitifs qui les sous-tendent, et à modifier, ainsi, leurs objectifs pour les rendre plus réalistes.
- Développer, chez elles, ce que j'appellerai le droit à l'imperfection.

### Travail réalisé lors de l'atelier

Les participantes évoquent une liste de situations lors desquelles elles ont eu le sentiment de ne pas pouvoir être efficaces. L'animateur note cette liste. Les participantes choisissent un certain nombre de situations sur lesquelles elles souhaitent travailler. Pour chaque situation, l'animateur fait repérer le côté irréaliste de l'objectif qui avait été fixé. Il fait ressortir le perfectionnisme, les difficultés d'acceptation.

L'animateur souligne les processus cognitifs les plus souvent en jeux (tout ou rien, tout, tout de suite, devoir falloir). Il fera ressortir que ce sont, souvent, les mêmes processus cognitifs qui rendent les objectifs non réalistes.

Pour chacune de ces situations, les participantes vont réfléchir ensemble à la manière de modifier l'objectif. C'est un travail de restructuration cognitive.

L'animateur les aidera à prendre conscience que le fait de modifier l'objectif permet de réaliser, de manière plus efficace, ce qu'elles désiraient, au départ.

### Documents remis aux patientes

**Se fixer des objectifs réalistes**

- Ne mettez pas la barre trop haut. Attention au perfectionnisme !
- Acceptez que, souvent, vous ne pourrez pas obtenir tout, tout de suite !
- Acceptez que vous aurez, parfois, besoin d'aide !
- Acceptez que certaines choses ne puissent être comme vous voudriez qu'elles soient, que les autres sont comme ils sont et non pas comme vous voudriez qu'ils soient. Vous ne pouvez pas tout maîtriser !
- Acceptez-vous, vous-même, juste comme vous êtes ! Apprenez à connaître vos limites ! Donnez-vous le droit à l'erreur.

## Le perfectionnisme

Être perfectionniste c'est être dans l'idéal de zéro défaut. C'est un fonctionnement en tout ou rien. Si tout n'est pas parfait, ça ne va pas !
Le perfectionnisme peut s'appliquer à ce que l'on fait, ou à ce que l'on est.

### Le perfectionnisme normal

Être perfectionniste peut être une qualité si cette exigence porte sur un *domaine très limité*, où l'obtention d'un résultat, parfait, est *réaliste*. C'est une qualité si elle s'applique à des *domaines où la méticulosité et le sens du détail sont nécessaires.* Par exemple, être perfectionniste dans son travail lorsqu'on est chirurgien ou artisan est une grande qualité.

### Le perfectionnisme pathologique

Le perfectionnisme devient pathologique et handicapant dans certaines conditions :
- quand le perfectionnisme concerne ce que nous sommes. Vouloir être parfait, vouloir avoir un corps parfait, est un objectif irréaliste. En effet, il y a un postulat fondamental que nous ne devons jamais oublier : *aucun être humain n'est parfait ;*
- quand le perfectionnisme se généralise à toutes nos activités. Vouloir se comporter de manière parfaite en toutes circonstances, vouloir réussir parfaitement tout ce que nous entreprenons n'est pas réaliste*. La perfection ne peut être recherchée que dans un domaine très limité ;*
- quand le perfectionnisme concerne notre manière d'être avec les autres. Les rapports humains sont complexes, nos émotions jouent un rôle majeur dans ce domaine. Vouloir être avec les autres parfaitement comme nous le souhaiterions est un objectif non réaliste ;
- quand le perfectionnisme n'est pas nécessaire. Dans de nombreux domaines faire bien est largement suffisant, il n'est pas utile que ce soit parfait. *Il est même des domaines où la méticulosité, le perfectionnisme nuisent à la productivité ou à la créativité.* Parfois le perfectionnisme entraîne une perte de temps trop importante ;
- quand le perfectionnisme engendre l'insatisfaction permanente, quels que soient les résultats obtenus.

### Les « pensées perfectionnistes »

Si vous vous avez des schémas de fonctionnement marqués par un perfectionnisme excessif, vous pouvez repérer certaines « erreurs de pensée » qui reviennent de manière systématique :
- *le tout ou rien* : « ce qui n'est pas parfait est nul ». C'est 20/20, ou c'est 0/20 ;
- *la surgénéralisation :* c'est tirer des conclusions générales d'un point de détail : « Si ce détail ne va pas, tout est nul » ;
- *le devoir, falloir* : « Je dois faire comme ceci, ou comme cela, il faut que… » ;
- *la surévaluation de ce que font les autres :* « Les autres font ça parfaitement… » ;
- *le oui mais :* « Oui mais je pourrais mieux faire… ». C'est la recherche, sans fin, du « toujours plus ».

***Ces « pensées perfectionnistes » vont générer des émotions négatives :***

- *de l'angoisse :* « J'ai peur de ne pas y arriver » ;
- *de la tristesse :* « Je suis triste car je n'y arrive pas » ;

■ *de la colère :* « Je suis une grosse nulle de ne pas y arriver ! ».

***Ces « pensées perfectionnistes » et les émotions vont conduire à des comportements problématiques***

**1) En faire toujours plus** : nous avons vu que le perfectionnisme excessif consistait à vouloir atteindre, la plupart du temps, des objectifs irréalistes. Essayer d'atteindre ces objectifs va conduire à des excès. Le toujours plus va conduire à quelque chose de moins bien. Prenons trois exemples :
■ pour atteindre une silhouette « parfaite », vous avez peut-être cherché à perdre du poids. À vouloir « toujours plus », toujours perdre un kilo de plus, vous vous êtes laissé entraîner dans une spirale qui a conduit à une maigreur qui vous éloigne de la « perfection physique ». Ou, en cherchant à maigrir toujours plus, vous avez perdu le contrôle et vous vous êtes laissé entraîner vers la boulimie qui risque de vous éloigner de la « perfection physique » !
■ si vous voulez avoir une note « parfaite » à un examen, vous allez peut-être travailler toute la nuit, essayer d'apprendre tout par cœur. Cela va vous prendre énormément de temps. Le lendemain, fatiguée, angoissée, vous allez probablement être moins performante !
■ vous invitez du monde chez vous. Vous voulez que la soirée soit « parfaite », vous voulez être « parfaite ». Peut-être que, du coup, vous allez rater votre repas, peut-être allez-vous être « coincée » toute la soirée, l'ambiance ne sera peut-être pas très détendue !

**2) Baisser les bras ou remettre à plus tard** : l'angoisse de ne pas arriver atteindre l'objectif de perfection que l'on s'est donné, la colère contre soi, peuvent conduire à « laisser tomber ». C'est ce que l'on appelle de *l'évitement*. Cela peut conduire à toujours remettre à plus tard, c'est ce que l'on appelle *la procrastination :*
■ « J'évite de faire les choses que je ne peux pas faire parfaitement » ;
■ « Je n'ose pas commencer quelque chose, car j'ai peur que ce ne soit pas parfait » ;
■ « C'est fichu, ce n'est pas parfait, je laisse tomber » ;
■ « Je n'arrive pas à ce que ce soit parfait, je remets ça à plus tard » ;
■ « J'ai peur de ne pas me comporter parfaitement, je n'y vais pas » ;
■ « J'ai peur de ne pas être parfaite dans la relation avec les autres, alors je reste seule ».

**3) Rechercher un hypercontrôle et de la perfection, ailleurs** : la recherche de la perfection étant, souvent, un objectif irréaliste cela va conduire à un sentiment d'inefficacité personnelle. Or vous avez compris le lien qui existait entre ce sentiment d'inefficacité personnelle et le fait de vouloir contrôler votre corps, votre poids, votre nourriture !

**Huit clés pour réduire votre perfectionnisme :**

■ faites la liste des domaines où vous êtes trop perfectionniste et examinez, pour chacun de ces domaines, les avantages et les inconvénients de votre perfectionnisme ;
■ placez la barre moins haut. Essayez de réfléchir aux pensées qui vous empêchent de mettre la barre moins haut (par exemple, le devoir falloir, la surévaluation de ce que font les autres, etc.) ;
■ faites attention aux pensées en tout, ou rien. Apprenez la nuance ;

■ faites attention aux mots en tout ou rien que vous employez (nulle, ratée, jamais, etc.) ;
■ regardez autour de vous les gens que vous appréciez et constatez qu'ils ne sont pas parfaits. Il est important, aussi, que vous acceptiez qu'ils ne soient pas parfaits ;
■ posez-vous la question de vos vrais objectifs dans la vie et de ce qui est essentiel pour vous. Votre priorité, dans la vie, est-elle vraiment de faire certaines choses avec méticulosité et perfection ?
■ expérimentez volontairement le fait d'être moins parfaite dans certaines situations. Vous constaterez, ainsi, que les conséquences ne sont pas aussi graves que vous l'imaginiez !
■ acceptez de ne pas tout contrôler (*cf.* document sur l'acceptation).
Rappelez-vous toujours de deux choses :
■ un vieux proverbe dit : « Le mieux est l'ennemi du bien ». Cela veut dire qu'à vouloir faire les choses, toujours mieux, on finit par les faire moins bien ;
■ les gens qui vous aiment vous aiment telle que vous êtes, imparfaite !

## Atelier psychothérapique n° 5 : présentation de l'affirmation de soi

### Objectifs de cet atelier

- Faire comprendre aux participantes ce qu'est un comportement affirmé, en comparaison avec un comportement inhibé ou agressif.
- Souligner l'intérêt d'adopter ce type de comportement.

### Travail effectué lors de l'atelier

La première partie consiste à présenter les trois modalités comportementales que sont : le comportement inhibé, le comportement agressif et le comportement affirmé, avec les avantages et les inconvénients de chacun. L'animateur peut demander aux participantes de choisir un exemple de situation, par exemple faire une demande à quelqu'un. Ensuite, il propose de la jouer, en caricaturant un peu les choses : d'une manière inhibée, d'une manière agressive, puis sur un mode affirmé. Si les participantes éprouvent des difficultés à jouer sur le mode affirmé, c'est le thérapeute qui joue la scène pour la première fois *(modeling)*.

### Remarques importantes

Lors de cet atelier, il n'y a pas encore de véritables jeux de rôles. Il s'agit juste de petites scènes jouées à titre d'exemples. Il est important de choisir des situations extrêmement simples sans implications émotionnelles et affectives importantes. Les patientes sont en général assez angoissées en abordant cette partie du module et en commençant à utiliser des techniques de jeux de rôle.

Les ateliers d'affirmation de soi vont être l'occasion de travailler sur les schémas cognitivo-comportementaux dysfonctionnels des patientes. En particulier, cela va être l'occasion de remettre en question les croyances dysfonctionnelles suivantes :

- « Si je dis « non » à quelqu'un, il ne va plus m'aimer » ;
- « Si je demande quelque chose, on va me le refuser, si on me le refuse, cela veut dire que l'on ne m'aime pas » ;
- « Je dois faire ce que veulent les autres » ;
- « Les autres peuvent me critiquer sans que je puisse réagir ».

Je pense que c'est surtout cet aspect-là qu'il est important d'aborder dans ces ateliers, en particulier avec les jeux de rôle. Les participantes vont découvrir qu'elles n'ont, en réalité, pas de difficultés « techniques » trop importantes à utiliser ces outils d'affirmation de soi. Le problème est plutôt qu'elles ne « s'autorisent pas » à les utiliser du fait de leurs croyances dysfonctionnelles. Elles vont pouvoir explorer, par les jeux de rôle, cette possibilité. Les patientes anorexiques boulimiques ont en général moins de difficultés à mettre en œuvre les techniques d'affirmation de soi que des patients qui ont une phobie sociale, une inhibition anxieuse majeure. C'est pourquoi, dans ce programme, le nombre de séances d'affirmation de soi est beaucoup moins important que dans des programmes spécifiquement orientés sur les difficultés interpersonnelles.

Les patientes anorexiques restrictives pures ont, généralement, un comportement relationnel plus agressif que les patientes présentant des crises boulimiques. Elles sont tellement dans une position de contrôle et de maîtrise vis-à-vis de l'Autre qu'elles ressentent une attitude empathique, ou le fait d'établir un compromis, comme une concession, comme une emprise par l'Autre.

## Documents remis aux participantes

### L'affirmation de soi

L'affirmation de soi est un mode de communication qui permet de faire valoir ses droits, ses désirs (ou ses non-désirs), de faire valoir ses opinions ; ceci tout en respectant les souhaits, les désirs et les opinions de l'autre.

L'affirmation de soi permet d'obtenir ce que l'on souhaite, tout en préservant une bonne relation avec l'autre.

Dans les relations aux autres, il est possible de décrire plusieurs types de comportements :

- le comportement agressif : il permet d'obtenir ce que l'on veut, de faire entendre son opinion. L'inconvénient est qu'il risque d'altérer la relation à l'autre en générant des conflits ;
- le comportement inhibé : l'avantage est de préserver la relation à l'autre puisque l'on fait ce qu'il veut, même si l'on en a pas envie ; en revanche,

l'inconvénient est qu'ainsi, on subit ce que l'on vit, on ne fait pas valoir ses propres désirs ;
■ le comportement affirmé : il permet d'obtenir ce que l'on veut tout en cherchant à préserver la relation à l'autre.

**Quelques points importants**

■ Repérez quelle est, au départ, votre idée précise et concrète. Cette idée peut correspondre à une demande, à une réponse, à la verbalisation d'un avis ou d'une émotion. Parfois votre idée précise et concrète peut être : « Je ne sais pas encore, je dois réfléchir » (Cungi, 2001).
■ Analysez la position de l'autre.
■ Il est important de partir du principe que la personne en face est, elle-même, affirmée. En effet, si l'on commence à se dire : « peut-être qu'elle pense ceci ou cela mais elle n'ose pas me le dire », la communication va devenir trop compliquée !
■ Mentir, ce n'est pas s'affirmer ! Mentir n'est pas une stratégie efficace. Il y a toujours un risque que cela se retourne contre soi dans un deuxième temps, que l'on soit pris en défaut.
■ Peut-être vous arrive-t-il d'avoir un comportement non affirmé, de type inhibé, de peur de déplaire aux autres. Cela rejoint l'idée de vouloir être parfaite, parfaitement gentille. S'affirmer, c'est chercher entre autres à préserver une bonne relation avec l'autre, mais ce n'est pas éviter systématiquement tout conflit. Il est important d'accepter qu'un désaccord persiste. *Un désaccord n'est pas un « désamour ».* Les émotions que quelqu'un peut avoir vis-à-vis de vous si vous êtes en désaccord ne remettent pas en cause ses sentiments à votre égard.
■ Peut-être vous arrive-t-il d'avoir un comportement de type agressif, avec l'idée que si vous n'êtes pas dans cette position, vous subirez l'emprise de l'autre. Or vous pouvez obtenir ce que vous voulez, faire valoir vos opinions, vous faire respecter, en étant affirmée sans agressivité. Mais il convient d'accepter que : *s'affirmer, ce n'est pas exiger.* Il est important, pour une bonne communication, de tenir compte et d'accepter la position de l'autre. Peut-être serez-vous amenée à faire des compromis. Un compromis n'est pas la même chose qu'une concession. Dans un compromis les deux partis trouvent satisfaction.

**Quelques titres d'ouvrages pour en savoir plus**

Boisvert J.-M. et Beaudry M. *S'affirmer et communiquer.* Edition de l'Homme, Paris, 1979.
Cungi C. *Savoir s'affirmer.* Retz, Paris, 2001.
Fanget F. *Affirmez-vous pour mieux vivre avec les autres*. Odile Jacob, Paris, 2002.

## Atelier psychothérapique n° 6 : techniques d'affirmation de soi (suite)

### Objectif de l'atelier

Faire travailler les participantes sur des techniques de base d'affirmation de soi.

## Déroulement de l'atelier

Les participantes vont commencer à faire des jeux de rôle sur des situations très générales et très simples pour travailler les techniques de base de l'affirmation de soi. Lors de l'atelier, l'animateur présente certaines de ces techniques de base (*cf*. document remis aux participantes).

Comment se déroulent les jeux de rôle d'entraînement à l'affirmation de soi ?

- définition de la situation problème. Bien définir le cadre, la situation, les objectifs ;
- choix des participantes ;
- premier essai : faire jouer des scènes simples et courtes ;
- *feedback* sur le premier essai, par la participante qui a joué, par les autres participantes et par l'animateur. Renforcer ce qui est positif, proposer un ou deux objectifs de changement avant de rejouer la scène ;
- mise au point des variantes ;
- deuxième essai avec variantes ;
- *feedback* sur le deuxième essai ;
- nouvel essai avec de nouvelles variantes. Après chaque essai, il est important de ne reprendre qu'un ou deux éléments à la fois ;
- transposition *in vivo* : prescription de tâches à réaliser d'ici la prochaine séance. Il est important que ces tâches soient simples, adaptées à chaque participante. Il est important d'insister sur le fait que si les tâches ne sont pas réalisées, il ne pourra pas y avoir de progrès. L'animateur insistera sur la nécessité d'oser, de répéter, de refaire. Essayer est plus important que réussir ;
- revue des tâches à la séance suivante.

(D'après Carriou-Rognant, Chaperon, Duchesne, 2007.)

## Document remis aux participantes

### Quelques techniques verbales pour mieux s'affirmer

La méthode JEEPP (Fanget, 2000).

**J** : Essayez, le plus possible, de dire « je ». Dire : « J'ai envie de voir tel film » sera une manière plus affirmée de communiquer que de dire : « Il paraît que tel film est très bien ».

**E** : Émotions. C'est le fait de parler de ses émotions. Dire : « J'ai extrêmement envie de voir ce film ce soir » est une manière plus affirmée de communiquer que de demander : « Veux-tu venir voir ce film ce soir ? ». De la même manière, dire « Je suis gênée de vous demander ce service » ou « Je suis contrariée par votre refus » ou « Je ressens de la colère par rapport à ce que tu as fait » sont des manières affirmées de communiquer.

**E** : Empathie. C'est essayer de se mettre dans la position de l'autre, d'envisager ce qu'il ressent. L'empathie c'est d'être à l'écoute des émotions de l'autre.

« Je comprends que vous soyez déçu que je refuse ce que vous me demandez. » « Je sais que ce que je vais te demander va te contrarier. » C'est, entre autres, cette attitude empathique qui différencie le comportement affirmé du comportement agressif.
**P** : Persévérance. C'est, entre autres, la technique du disque rayé. Cela consiste, tout simplement, à répéter plusieurs fois la même chose. Il est possible, dans cette répétition, d'aller « crescendo » dans le non-verbal. Par exemple, de hausser progressivement la voix, au fur et à mesure que l'on insiste, sans être agressive. L'agressivité est un joker. Attention danger !
**P** : Précis. Demandez directement ce que vous voulez. Être concis et précis est une manière plus efficace de communiquer.

## Remarques

Ces patientes sont particulièrement en difficulté avec le concept d'empathie. Du fait de leur problématique, elles sont au départ dans une position d'hyperempathie où elles sont trop à l'écoute de ce que peut ressentir l'autre. Elles vont, souvent, adopter de manière défensive vis-à-vis de cette hyperempathie une attitude d'agressivité ou de fermeture.

Habituellement, lorsque l'on travaille l'affirmation de soi, on insiste sur les composantes non verbales de la communication. Je pense qu'il faut être très prudent sur ce point avec les patientes anorexiques et boulimiques. En effet cet aspect de la communication affirmée implique le corps et, à cet égard, peut être difficile à aborder et à travailler. Demander à ces patientes de modifier des attitudes corporelles peut être vécu, par elles, comme une emprise sur leur corps, comme une demande de changement identitaire corporel intrusive.

# Atelier psychothérapique n° 7 : faire une demande à quelqu'un

## Objectif de l'atelier

- Montrer que, en utilisant les techniques d'affirmation de soi, il est possible d'effectuer une demande en accroissant les chances d'obtenir ce que l'on souhaite, en atténuant le risque de rejet par l'autre.
- Mettre l'accent sur l'importance de faire des demandes. Ne rien demander c'est être dans une position d'attente passive vis-à-vis de l'autre.

## Déroulement de l'atelier

L'atelier se déroule, principalement, sous forme de jeux de rôles. Les participantes choisissent un certain nombre de situations où elles sont amenées à formuler une demande. Une participante fait la demande en s'adressant à une autre participante du groupe.

Exemples de situations d'apprentissage :

- inviter quelqu'un pour une sortie,
- rentrer dans un magasin et demander que l'on vous fasse la monnaie sur un billet de 5 ou 10 euros,
- demander un service à quelqu'un,
- demander à un vendeur dans un magasin de vous aider pour une recherche,
- demander à quelqu'un de vous emmener quelque part en voiture,
- demander à un ou une amie de vous accompagner dans une activité,
- demander à un proche de prendre plus de choses en charge dans un domaine spécifique,
- demander à quelqu'un qui fait trop de bruit d'être plus calme,
- demander à quelqu'un de cesser de faire quelque chose qui vous ennui,
- demander un changement de planning à un supérieur hiérarchique,
- obtenir un rendez-vous médical urgent,
- demander de changer de menu dans un restaurant.
- …

Au fur et à mesure de l'atelier, les modalités de l'expression d'une demande seront détaillées (*cf.* document remis aux participantes).

Il peut être intéressant de demander aux participantes de mettre une note entre 0 et 100 en fonction de la difficulté que représente, pour elles, chacune de ces situations. Cela aura une utilité au moment de la prescription de tâches à la fin de la séance. On respectera le principe d'une exposition progressive en commençant par les demandes les moins difficiles à faire. La consigne proposée aux participantes peut consister à faire une demande par jour.

## Documents remis aux participantes

### Faire une demande

**Ce qui vous empêche parfois de le faire**

- Peur de vous imposer.
- Peur de ce que l'autre va penser de vous.
- Peur d'essuyer un refus.
- Préférer et attendre que l'autre devine vos besoins.
- Penser que vous êtes capable de vous débrouiller toute seule.

**Conséquences des difficultés à exprimer une demande**

Vous subissez ce que les autres veulent, vous n'êtes pas actrice de votre vie. Vous êtes insatisfaite.

**Deux points importants**

- Vous avez le droit de demander, l'autre a le droit de refuser. Demander n'est pas exiger.
- Si on vous dit « non », ce n'est pas vous que l'on rejette.

**Comment faire une demande**

- Identifiez précisément ce que vous voulez.
- Votre demande doit être précise, claire, exprimée à la première personne.
- Restez attentive à la réponse de l'autre.
- Si la réponse est vague, faites préciser.
- Utilisez, si besoin, la technique du « disque rayé »
- Ne cherchez pas à manipuler l'autre, restez sensible aux droits de l'autre.
- Proposez des compromis.

## Atelier psychothérapique n° 8 : dire non

### Objectif de l'atelier

- Faire travailler les participantes sur le fait qu'en utilisant les techniques d'affirmation de soi, il leur est possible de refuser quelque chose tout en préservant une bonne relation avec l'autre.
- Amener les participantes à reconsidérer certaines croyances dysfonctionnelles relatives au fait de dire non. Par exemple : « Si je ne me conforme pas au désir de l'autre, je vais être abandonnée ».

### Déroulement de l'atelier

Comme dans l'atelier précédent, le travail va s'effectuer essentiellement sous forme de jeux de rôles. Les participantes choisissent un certain nombre de situations où elles sont amenées à dire « non ». Une participante va devoir dire « non », marquer un refus, face à une demande effectuée par une autre participante.

Exemples de situations d'apprentissage :

- refuser une invitation ;
- refuser de prêter de l'argent à un ami ;
- refuser de rendre un service ;
- dire non à un vendeur qui insiste pour vendre quelque chose ;
- dire non à un, ou une, proche qui demande de faire quelque chose avec elle ;
- dire non à un supérieur qui donne un ordre injustifié ;
- dire non à un homme qui invite à boire un verre ;
- refuser de répondre à une question, par exemple : « Pourquoi es-tu suivie par un psy ? » ou des questions relatives au trouble alimentaire.

Il peut être intéressant de demander aux participantes de mettre une note entre 0 et 100 en fonction de la difficulté que représente, pour

elles, chacune de ces situations. Cela aura une utilité au moment de la prescription de tâches à la fin de la séance. On respectera le principe d'une exposition progressive en commençant par les refus les moins difficiles à faire. La consigne proposée aux participantes peut consister à faire un refus par jour.

Au fur et à mesure de l'atelier, les modalités du déroulement de l'expression d'un refus seront détaillées (*cf.* document remis aux participantes).

## Remarques

De la même manière que lors de l'atelier précédent, lorsqu'il y a des situations de blocage de la part de certaines participantes sur le fait de formuler un refus, il est nécessaire de faire un travail de restructuration cognitive. En effet, les jeux de rôle peuvent mettre à jour un certain nombre de distorsions cognitives. Les deux croyances que l'on retrouve le plus sont : « Si je dis non, on va me rejeter », « Si je dis non, c'est moi qui rejette l'autre ». Cet atelier, avec les jeux de rôle, permet de discuter ces croyances. De même, les consignes comportementales données à la fin de l'atelier permettront de tester la non-validité de ces croyances.

Il est un point sur lequel il me paraît primordial d'insister : c'est sur le fait de ne pas se justifier lorsque l'on dit non. Lorsque les patientes se justifient de manière trop importante, elles le font car elles ont peur d'être incomprises ou rejetées. Mais cette justification excessive leur donne le sentiment que l'autre rentre dans leur histoire ; elles revivent alors des expériences intrusives.

## Document remis aux participantes

### Savoir dire non

**Ce qui vous empêche parfois de refuser une demande**

- Peur que l'autre se sente frustré, rejeté (culpabilité).
- Peur de perdre l'amitié, l'amour de l'autre.
- Peur perdre l'estime de l'autre, de perdre l'image d'une personne gentille.
- Impression de ne pas avoir d'autre choix que celui d'accepter.

**Conséquences des difficultés à refuser une demande**

- Vous avez le sentiment de subir ce que veulent les autres, de ne pas être actrice de votre vie.
- Vous ne pouvez pas poser vos propres limites et les autres risquent d'avoir une emprise intrusive sur vous.
- Vous ne pouvez pas protéger votre identité.

**N'oubliez pas**

- L'autre a le droit de vous demander, il a le droit d'insister, vous avez le droit de refuser.

■ Vous avez le droit de ne pas répondre tout de suite !
■ Vous n'avez pas à vous justifier.
■ Personne n'a le droit de vous imposer des choses que vous ne voulez vraiment pas faire ! Vous serez, peut-être, obligée de faire des compromis, mais pas des concessions !
■ Un désaccord n'est pas un désamour !

**Comment refuser une demande**

(*Cf.* Fanget, 2000).
■ Dites non d'emblée. Cela doit être votre premier mot.
■ Répétez non selon la méthode du disque rayé : « Je vous répète que ma réponse est non ».
■ Manifestez de l'empathie. Montrez à l'autre que vous avez bien compris sa demande.
■ Offrez une alternative, un compromis, négociez (on commence par dire non, on répète le non, on négocie ensuite et ensuite seulement).
■ Si l'autre insiste beaucoup, exprimez vos émotions négatives. « Je vis mal que tu insistes ».
■ Si l'autre, malgré tout, continue à persister : formulez une demande de changement de comportement :
« J'aimerais que tu cesses d'insister et je te demande d'accepter que je te dise non ». Ou bien, mettez fin à la discussion : « Ma réponse définitive : c'est non » en ajoutant éventuellement un geste d'opposition.

## Atelier psychothérapique n° 9 : répondre à une critique

### Objectif de l'atelier

Faire travailler les participantes sur leur aptitude à se faire respecter, à ne pas subir passivement les jugements, les critiques ou les attaques formulées par les autres.

### Déroulement de l'atelier

De la même manière que pour les ateliers précédents, le travail s'effectuera essentiellement sous forme de jeux de rôles. L'animateur pourra faire jouer quatre types de situations :
- faire face à une critique vraie ;
- faire face à une critique fausse ;
- faire face à une critique floue ;
- faire face à de la colère.

### Remarques

Là encore, il est important de repérer au cours de l'atelier les cognitions qui conduisent à ne pas répondre de manière affirmée aux critiques. Les

pensées dysfonctionnelles les plus souvent repérées sont souvent liées à une faible estime de soi :

- « si l'autre me critique, c'est qu'il a forcément raison. » D'où l'intérêt de souligner qu'il y a des critiques non justifiées ;
- « si l'autre me critique sur ce que je fais, ça veut dire que je suis quelqu'un de pas bien. » Le thérapeute soulignera qu'il s'agit là d'une surgénéralisation : ce n'est pas parce que l'on a mal fait quelque chose que l'on est quelqu'un de pas bien ;
- « si l'autre me critique, ça veut dire qu'il ne m'aime pas. » Le thérapeute relèvera qu'il s'agit là d'une conclusion sans preuve et d'un processus cognitif de Télépathie (c'est penser à la place des autres).

Un fort sentiment d'inefficacité personnelle peut conduire à ne pas s'affirmer face à une critique : « Cela ne sert à rien de me défendre ».

Enfin, lors de cet atelier, on va retrouver ce qui est une constante dans les difficultés d'affirmation de soi de ces patientes : la peur du conflit et de l'abandon. Le thérapeute veillera à montrer qu'une réponse affirmée n'augmente pas le conflit. Au contraire, elle peut faire diminuer la tension.

## Document remis aux participantes

### Faire face à une critique

Il est important de savoir écouter les critiques concernant *nos actes* ; en revanche nous ne devons pas laisser les autres critiquer *notre personne*. Il s'agit de notre intimité, que les autres n'ont pas à remettre en cause. Il est essentiel de se faire respecter.

**Les pièges à éviter**

- Se culpabiliser.
- Se justifier.
- Parler trop.
- Répondre par une autre critique.

**Les techniques d'affirmation de soi pour répondre aux critiques**

- Commencez par la technique de l'enquête négative : poser des questions ouvertes qui commencent par : « Qu'est-ce que, qu'est-ce qui, comment, pourquoi ? », afin d'en savoir plus sur ce que l'autre a à vous reprocher. À ce stade, il faut éviter la contre-attaque. N'acceptez pas une critique vague ! Il vous faut une critique précise, sur des faits !
- Évitez d'avoir l'air amusé, découragé, enragé par la critique. Éviter de minimiser ce que l'autre dit.

***Premier cas : la critique est justifiée***

- Reconnaissez les faits, la gêne que vous avez pu procurer chez l'autre.
- Décidez de changer, ou de ne pas changer, ou de négocier. Exprimez clairement votre intention.

***Deuxième cas : la critique n'est pas justifiée***

- Restez calme.
- Défendez-vous de ce qui vous est reproché. Vous pouvez, dans certains cas, reconnaître le fond, mais refuser la forme.
- Si l'autre persiste, utilisez la technique du disque rayé.
- Si l'autre continue d'insister, exprimez votre malaise face à ce comportement et formulez une demande de changement de comportement. Refusez d'être critiquée sur votre personne.

***Faire face à la colère***

- Restez calme.
- Reflétez le sentiment de l'autre : « Je vois que tu es très en colère… ».
- Enquête négative.
- Si l'autre demeure en colère, invitez-le à se calmer : « Je suis prête à t'écouter mais je voudrais d'abord que tu te calmes ».
- S'il ne se calme pas, proposez d'en reparler plus tard.
- S'il devient menaçant, éloignez-vous ! En ultime recours, la protection doit être privilégiée. Refusez le harcèlement !

## Atelier psychothérapique n° 10 : la résolution de problème

### Objectif de l'atelier

Encourager les participantes à rechercher des solutions à leurs problèmes, plutôt que de « baisser les bras » avec des pensées défaitistes du type : « Il n'y pas de solution, je dois subir une situation qui ne me convient pas ».

### Déroulement de l'atelier

Le thérapeute présente la technique de résolution de problèmes (voir Document remis aux participantes).

Ensuite le travail va s'effectuer à partir de situations-problèmes amenées par les participantes. Pour chaque situation évoquée par une participante, les autres participantes interviennent pour la recherche de toutes les solutions possibles. Pour chaque situation, le thérapeute donne, à la fin, une consigne comportementale d'exécution qui pourra être évaluée à la séance suivante.

### Remarque

La participation de toutes les participantes pour la recherche de solution et l'interactivité de l'atelier sont souvent très utiles pour celle qui a amené une situation-problème. C'est un atelier très « soutenant » pour les participantes qui ont un manque de confiance en elles avec des conduites d'évitement face aux problèmes.

# Document remis aux participantes

## La méthode de résolution de problèmes

Postulat de départ : tout problème a sa solution !

- Définissez et précisez le problème à résoudre.
- Recherchez toutes les solutions possibles sans les évaluer ni les censurer. C'est une sorte de *brain storming*. Soyez la plus créative possible. Générez des solutions.
- Évaluez chacune des solutions proposées. Recensez pour chacune des solutions ses avantages et ses inconvénients. Évaluer l'éventualité de leur mise en application et les conséquences qui en découleraient.
- Choisissez la solution la plus pertinente et établissez un programme progressif et réaliste pour faciliter la mise en pratique.
- Exécutez la décision.
- Estimez les résultats.
- Recherchez une autre solution, parmi celles qui vous paraissaient les plus pertinentes, dans le cas où vous ne seriez pas satisfaite du résultat obtenu avec la première solution.

# Chapitre 4
# La dysrégulation émotionnelle

Claire s'est disputée avec son copain, elle va dans la cuisine manger une grande partie de ce qu'il y a dans le frigo avant d'aller vomir dans les toilettes. Toujours aussi angoissée, elle se rend dans sa chambre et commence à se scarifier les avant-bras avec une pointe de compas.
Delphine a perdu son chat il y a deux jours. Elle ne pleure pas, personne ne voit qu'elle a de la peine. Elle ne mange presque plus rien depuis cet événement alors qu'elle est déjà très maigre.
Julie fait une crise de boulimie tous les soirs quand elle rentre chez elle à 18 heures. Elle est seule dans son appartement, elle a un grand sentiment de vide. De toute façon, Julie s'ennuie tout le temps. Pour elle, rien ne lui apporte plus de plaisir que sa crise de boulimie du soir.
Claire, Delphine, Julie souffrent de dysrégulation émotionnelle.

La dysrégulation émotionnelle (Linehan, 2000) est l'inhabileté à gérer ou tolérer des émotions.

**Les émotions**

Ce sont des états affectifs comportant des sensations de plaisir ou de déplaisir. Les émotions ont une durée limitée. Elles s'accompagnent de manifestations physiologiques.
Nous pouvons différencier les émotions négatives qui s'accompagnent de sensations de déplaisir (par exemple, la tristesse, l'angoisse, la colère, la honte, l'ennui, etc.) et les émotions positives qui s'accompagnent de sensations de plaisir (la joie, le plaisir). Dans chaque émotion, il y a un côté excitatoire et un côté de contrôle et de modération. C'est l'équilibre entre les deux qui caractérise une bonne régulation émotionnelle. Il est nuisible de trop contrôler ses émotions comme il est nuisible de ne pas les contrôler.

Les personnes qui présentent une dysrégulation émotionnelle vont être dans une sur-régulation ou une sous-régulation de leurs émotions, que ce soit pour les émotions négatives comme pour les émotions positives.


© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

# 4.1. Aspects théoriques

## Un mauvais apprentissage de la régulation des émotions

Pour que l'enfant puisse développer une bonne capacité à reconnaître et à moduler ses émotions positives et négatives, il est nécessaire que ses interactions très précoces avec son environnement affectif soient de bonne qualité. Cela va permettre que se mettent en place les structures biologiques, les mécanismes psychologiques, qui conduisent à cette modulation émotionnelle. M. Linehan développe un modèle où la dysrégulation émotionnelle résulterait d'une mauvaise adéquation entre le tempérament de l'enfant (avec certainement une composante génétique) et son environnement, en particulier familial. Elle propose le terme d'environnement invalidant (Linehan, 2000). L'environnement invalidant ne valide pas les expériences émotionnelles de l'enfant, il n'enseigne pas à l'enfant à étiqueter ses émotions, il n'apprend pas à l'enfant à moduler ses réactions émotionnelles. L'enfant peut trouver au sein de sa famille un environnement invalidant, mais nos sociétés occidentales peuvent constituer, elles aussi, un environnement invalidant pour l'apprentissage de la régulation des émotions. Examinons tout d'abord quels sont les facteurs familiaux qui peuvent perturber l'apprentissage de la régulation émotionnelle.

### Pas assez d'affection

L'enfant a besoin d'une affection suffisante pour développer, progressivement, une bonne capacité à gérer émotionnellement les événements de sa vie. Nous savons aujourd'hui qu'un apport affectif de bonne qualité est nécessaire à la mise en place des structures biologiques impliquées dans la régulation des émotions. Rappelons que seulement 10 % de nos connexions neuronales existent à la naissance, les 90 % restants se construisant de manière progressive, en fonction notamment des stimulations provenant de l'environnement extérieur.

Des expériences chez le rat ont montré que les petits rats choyés et léchés abondamment voient les cellules dopaminergiques de leurs circuits de plaisir se développer. À l'inverse, ceux qui ont été stressés et carencés affectivement depuis leur plus jeune âge présentent une altération de l'axe corticitrope. En situation normale ces rats carencés ont une réponse adéquate mais dès que le stress est trop fort, ils ne maîtrisent plus la situation, paniquent, fabriquent un excès de corticoïdes. Ils deviennent plus rapidement dépendants si on leur propose un produit permettant de substituer une régulation artificielle à leur régulation émotionnelle naturelle qui marche mal.

## Trop d'insécurité

Si l'enfant a vécu des relations insécures où ses besoins fondamentaux n'étaient pas assurés de manière continue, il va se protéger en se fermant de manière défensive vis-à-vis des émotions positives. « Je ne peux pas accepter de ressentir du plaisir car ce dont j'ai besoin pour avoir ce plaisir va me laisser. » Ph. Jeammet (2008) explique que le sujet va rester, ainsi, dans le déplaisir car : « Toute expérience de plaisir prend fin et confronte à la peur de la séparation, de la solitude. Le déplaisir, surtout quand on se l'inflige soi-même, peut toujours durer ».

Quant aux émotions négatives, il est certain que des relations précoces insécures vont prédisposer à des émotions négatives très intenses et, de ce fait, difficilement gérables. En particulier, ces relations précoces insécures prédisposent à des angoisses d'abandon importantes, à des angoisses de mort, à une angoisse face au vide et à l'ennui, difficilement tolérables. De plus, le sentiment d'insécurité affective peut conduire à l'idée qu'il est important de ne pas exprimer ses émotions négatives, de peur de paraître faible et d'être « désaimée ».

## Des difficultés d'individuation

Un des volets du processus d'individuation-séparation est l'apprentissage de la perception de nos propres émotions. Nous ne choisissons pas nos émotions, elles s'imposent à nous, nous les subissons. Si nous n'avons pas d'assises narcissiques suffisamment solides et des limites suffisamment déterminées entre nous et les autres, nos émotions peuvent être ressenties selon Ph. Jeammet « comme une intrusion de l'autre en soi, une menace dangereuse de l'extérieur sur soi » (Jeammet, 2008).

Si un enfant grandit en essayant d'être toujours conforme à l'attente de ses parents pour ne pas perdre leur amour, il ne va pas apprendre à être attentif à ses propres émotions, à sa propre individualité émotionnelle. Il ne va pas développer sa propre capacité à ressentir ses émotions et à mettre des mots dessus.

> ***Laura, ses émotions et la « subission »***
>
> « Avec ma mère, j'ai confondu amour et "subission", j'ai vendu mon âme à ma mère, je ne sais pas ce que je ressens vraiment, c'était une fusion. »
> « On m'a dicté de ressentir. Aujourd'hui, je fais en fonction de ce que je suis censée ressentir, j'ai toujours pensé, par exemple, que la culpabilité était le meilleur des sentiments, c'était émotionnellement correct. »

Les angoisses d'emprise et d'intrusion en lien avec une mauvaise subjectivation différenciatrice peuvent rendre compte, aussi, d'une difficulté à vivre les émotions positives, les plaisirs de la vie. En effet nos

émotions positives sont, la plupart du temps, en lien avec un objet extérieur. Cela renvoie à l'angoisse d'emprise par cet objet. Ph. Jeammet (2008) compare l'effet que peut avoir une émotion positive sur certaines personnes et l'effet d'une goutte d'eau sur un morceau de sucre : « Un effet qui n'est pas acceptable, car il représente une menace de fondre sous le regard de l'autre, d'y perdre son identité, de se perdre soi ». De même que l'arrêt de cette émotion positive liée au caractère inéluctablement éphémère de tout plaisir peut être vécu comme quelque chose de l'ordre d'une soumission à l'objet.

## Trop de souffrance

Lorsqu'un enfant vit précocement, et de manière répétitive, des situations traumatiques sources de souffrance, il va mettre en place des mécanismes de défense qui vont troubler l'apprentissage de la régulation des émotions négatives. Je reviendrai plus loin sur ce point, en particulier sur les mécanismes de défense par insensibilité.

> ***Pascale s'est « blindée » pour toujours***
>
> Pascale a 45 ans, elle donne l'apparence de quelqu'un de froid, qui ne montre jamais ses émotions. Elle a la réputation d'être « dure » dans son travail. Pascale continue à faire une ou deux crises de boulimie par jour, parfois elle s'alcoolise de manière importante.
> « Dans l'enfance, je me suis blindée face aux situations difficiles : le départ de mon père, le fait qu'il n'ait pas demandé ma garde alors qu'il a demandé celle de mon frère, ma mère qui menaçait de se suicider ou de nous laisser à l'Assistance publique, le fait qu'elle m'ait mise en colonie à 5 ans. Un jour elle a oublié de venir me chercher à la fin de la colonie. Je cherche toujours à me protéger de l'abandon. »

## Une validation insuffisante de l'expérience émotionnelle

Pour que l'habileté à tolérer et bien gérer ses expériences émotionnelles se développe correctement, il nécessaire que l'expérience émotionnelle de l'enfant soit régulièrement validée au sein de l'environnement familial. Citons Linehan, M. (2000) « L'invalidation familiale transmet à l'individu qu'il a tort dans sa manière de décrire et d'analyser ses expériences. L'environnement affirme que l'individu ressent quelque chose qu'il dit ne pas ressentir (« Tu es en colère, mais tu ne veux simplement pas l'admettre »), qu'il aime ou préfère quelque chose qu'il dit ne pas aimer ou préférer. Les expressions émotionnelles négatives sont attribuées à des traits tels qu'une trop forte réactivité, une hypersensibilité, une représentation déformée des événements, ou une incapacité à adopter une attitude positive ». « De la même manière, les expressions

émotionnelles positives seront attribuées à un manque de discernement, à de la naïveté, à une idéalisation excessive ou à une immaturité. »

### *Anne-Laure n'avait pas le droit d'aller pas bien*

« Ma mère se moquait de moi quand je disais que j'allais mal : "Ma pauvre petite… tu es si malheureuse, tu as tellement pas de chance ! Tu as tout pour être heureuse !".
J'allais pas bien, j'avais l'impression que personne me comprenait. J'avais pas le droit d'aller pas bien ».

## Une famille où il n'est pas possible d'exprimer ses émotions

Il existe des familles où l'expression émotionnelle n'est pas possible. Cela peut être lié au fait que dans certains contextes familiaux le contrôle émotionnel est très valorisé. « Ça ne se fait pas d'avoir des émotions, dans ma famille, ne pas montrer ses émotions est une très grande qualité. Pour moi, c'est ma seule qualité. » Ce sont des familles où, en revanche, le courage est extrêmement valorisé.

Mais l'expression des émotions peut aussi être rendue difficile lorsque les parents vont trop mal. J'ai, de la même manière, évoqué précédemment les situations familiales où un frère, ou une sœur, n'allaient pas bien avec des problèmes psychologiques ou médicaux importants : « Mon frère avait beaucoup de problèmes, je n'avais pas envie d'en rajouter une couche. Je ne disais pas que j'allais pas bien, je ne pouvais pas le montrer ».

### *Cecilia protégeait sa mère*

« Ma mère avait tellement de problèmes que je ne voulais pas lui en rajouter en lui disant que je n'allais pas bien. » « Ma mère était fragile, chaque fois que je lui disais que j'étais mal, elle s'angoissait et se mettait à pleurer. »

### *Charlotte ne peut pas se plaindre la bouche pleine*

Pour Charlotte, tout se passait bien. Elle travaillait très bien à l'école contrairement à son frère et à sa sœur qui posaient beaucoup de problèmes. Elle était sage, avec des conditions de vie très faciles matériellement. « Ça aurait été déplacé que je me plaigne ! Ça aurait été se plaindre la bouche pleine ! » Depuis 6 ans, Charlotte est anorexique. Elle peut se plaindre puisqu'elle n'a plus la bouche pleine ! Elle peut dire ce qu'elle n'avait pas eu la possibilité de dire à l'époque : elle a été abusée sexuellement par son cousin à l'âge de 9 ans.

## Un manque de frustration

Si l'on soulage un enfant dès qu'il ressent la moindre émotion négative, si on accède immédiatement à la satisfaction de chacun de ses désirs, il ne va pas pouvoir apprendre à contrôler, en partie, ses émotions. C'est ce qui se passe dans le cas d'une « mère trop bonne ».

Face aux émotions négatives, il n'aura pas appris à accepter de ressentir ce qui lui est pénible, à en parler, à élaborer psychiquement autour de ça. Puisqu'on lui a toujours tout « mâché », il n'aura pas appris à « digérer (dit-gérer…) ses émotions !

Face au plaisir, là aussi, la frustration est nécessaire. Sinon, ce sera tout, tout de suite, toujours, ou jamais et tout, ou rien ! La tolérance à l'attente, ça s'apprend. Cela s'apprend dans l'enfance par la frustration. Le fait d'accepter que tout plaisir ne peut être qu'éphémère, cela s'apprend là aussi par la frustration. Le fait que l'on ne puisse pas ressentir en permanence des plaisirs extrêmes, des sensations fortes, l'apprentissage à la perception des « petits plaisirs », la tolérance à l'ennui, cela s'apprend, là encore dans l'enfance, par la frustration.

Trop de frustrations est, bien sûr, préjudiciable mais un enfant a besoin d'un certain degré de frustration pour apprendre à réguler ses émotions.

> ***Laurie n'est pas encore sevrée !***
>
> La mère de Laurie a eu une enfance difficile et elle a toujours eu vis-à-vis de Laurie une attitude hyperprotectrice et très fusionnelle. Le père de Laurie était très absent de l'éducation de Laurie. À 5 ans, Laurie prenait encore une ou deux fois par jour un biberon sur les genoux de sa mère. Laurie a grandi dans un « monde parfait » à la campagne, entourée d'animaux, sans angoisses, sans difficultés, sans conflits, dans une belle maison, avec beaucoup de facilités matérielles, beaucoup d'aide pour sa scolarité.
>
> Aujourd'hui, Laurie a 23 ans, elle a bien réussi ses études, elle a un copain, mais elle vit toujours avec sa mère. Laurie est boulimique, elle a compté qu'elle passait plus de six heures par jour à manger, lentement, parfois dans son lit, des produits laitiers et des céréales qu'elle écrase dedans en bouillie (…). Laurie tolère mal l'ennui, les angoisses ; elle les évite le plus possible. Chacune de ses émotions augmente le temps que passe Laurie à manger et à vomir dans le but d'anesthésier ses émotions qu'elle n'accepte pas de ressentir.

# Influence de nos sociétés « postmodernes »

## Droit à la non-souffrance

Nos sociétés prônent le droit à la non-souffrance. Cela constitue un incontestable progrès dans bien des domaines mais cette idée va renforcer

un mode de fonctionnement où toute émotion négative doit trouver un soulagement immédiat. Par exemple, l'inflation de l'utilisation des médicaments psychotropes risque de favoriser l'idée que lorsque l'on est anxieux, il est naturel de rechercher un anxiolytique. De même, lorsqu'on est triste, la règle est de plus en plus celle du recours à un antidépresseur. La médicalisation importante de la souffrance peut conduire, de manière abusive, à une médicalisation à visée anesthésiante des émotions. La tristesse liée à un deuil, les peines amoureuses, l'angoisse professionnelle, l'angoisse avant les examens, l'angoisse post-traumatique, la colère, sont autant d'émotions qui sont de plus en plus confiées à des « psys » en tout genre avec la demande d'un soulagement le plus rapide possible. Nous sommes loin d'une position d'acceptation face aux émotions négatives !

### Droit au plaisir

Dans nos sociétés, le plaisir est un droit, avec de plus en plus le droit à l'accès immédiat au plaisir. C'est une société de l'immédiateté. Nous pouvons accéder, facilement, au plaisir, par un crédit bancaire, en zappant devant notre télévision, en abordant une personne du sexe opposé dans une soirée, en tendant le bras devant un rayon de supermarché, en montant dans un avion qui nous conduit au soleil en quelques heures… Le manque devient rare, la frustration nous semble de plus en plus anormale, plus besoin d'attendre ! La satisfaction immédiate de nos désirs est érigée en normalité, en droit. Ce plaisir doit s'obtenir facilement, sans efforts importants.

### Sur-stimulation, habituation aux sensations fortes

Les plaisirs qui nous sont proposés sont des plaisirs intenses. Que ce soit dans les loisirs, le sexe, les spectacles, quand nous ne ressentons pas des sensations fortes, nous trouvons tout ennuyeux, nous nous sentons vides. Les sports « extrêmes » connaissent un engouement important. C'est une société en tout ou rien. Ce qui n'est pas « fun », « hard », « extrême » est sans intérêt.

Les enfants sont surstimulés au niveau de leurs loisirs. Nous leur proposons des loisirs (films, jeux vidéo, parcs de loisir) où ils se trouvent, pendant des heures, dans un monde virtuel riche en sensations fortes, à côté desquelles les petits plaisirs de la vie quotidienne, les plaisirs auxquels il est plus difficile d'accéder, font pâle figure !

## Conséquences d'une mauvaise régulation des émotions

Du fait d'un certain nombre de facteurs que nous venons d'évoquer, les patientes qui présentent des troubles du comportement alimentaire avec une dysrégulation émotionnelle vont ressentir, parfois de manière

très précoce, une angoisse face à leurs émotions. Il s'agit, comme le dit M. Linehan, d'une véritable « phobie émotionnelle » avec un refus des émotions et une incapacité à les gérer. Elles ont peur de leurs émotions.

En présence d'émotions négatives, il y a l'angoisse qu'elles ne s'arrêtent jamais et qu'elles ne soient pas supportables. En présence des émotions positives, il y a l'angoisse qu'elles s'arrêtent et que cela les renvoie à un vide qu'elles n'arrivent pas à supporter.

> ***Sylvie pense que les émotions ne s'écoulent jamais***
>
> « Je panique face à mes émotions, j'ai l'impression que si je ne fais rien, je vais rester mal dans cette impasse sans issues. Ça me renvoie à une dépression grave que j'ai faite à 20 ans, et à ma mère qui était tout le temps dépressive. J'ai peur de rechuter ma dépression ou d'être comme ma mère et de péter les plombs. » « J'ai peur que les émotions ne s'écoulent jamais, je n'ai trouvé qu'une solution pour m'en débarrasser : vomir. »

> ***Lise parfois se remplie, Lise parfois se vide***
>
> « Lorsque je suis très heureuse, lorsque je suis remplie d'émotions positives, j'ai peur que cela s'arrête. J'angoisse du vide qui peut suivre lorsque je me retrouve toute seule, avec moins de choses agréables à vivre. Alors je me remplie de nourriture.
> Lorsque je suis confrontée à de l'angoisse, à de la tristesse, ça me fait peur, j'ai peur que cela augmente et que je ne le supporte pas, et j'ai besoin de vomir pour me vider ».

Le concept de dysrégulation émotionnelle étant un concept émanant de travaux de thérapeutes cognitivistes, j'ai choisi d'utiliser le terme de stratégies plutôt que celui de mécanismes de défense qui fait plus référence aux théories psychanalytiques. Il s'agit uniquement d'un choix de vocabulaire, dans la mesure où ces deux appellations renvoient, à mon sens, aux mêmes choses.

Du fait de l'angoisse liée au ressenti émotionnel, les personnes présentant une dysrégulation émotionnelle vont mettre en place des stratégies visant à réduire cette angoisse. Ces stratégies peuvent être mises en place très tôt dans l'enfance, ou plus tardivement. Nous verrons que ces stratégies ont un effet positif à court terme et, généralement, un effet négatif et aggravant à long terme.

Les six stratégies principales sont les suivantes.

## Contrôle émotionnel

Il s'agit d'une « congélation émotionnelle » *(freezing)*, qui est une « défense par insensibilité » (Corcos, Speranza et coll., 2003). Le but est

de ne pas ressentir ce qui fait mal lorsqu'il s'agit d'émotions négatives. Cela peut concerner aussi les émotions positives en contrôlant le vécu du plaisir pour ne pas ressentir la fin du plaisir. M. Corcos parle, à ce propos, de « déni de l'émotion du présent pour éviter la discontinuité ». Cette défense par insensibilité peut se mettre en place dans les toutes premières phases du développement psychoaffectif du nourrisson en rapport aux angoisses générées par la séparation psychique avec la mère, lorsque cet objet primaire est insatisfaisant. Cette congélation émotionnelle se rapproche, dans ce cas-là, du concept d'alexithymie proposé en 1973 par Sifnéos (1973) qui signifie littéralement absence de mots pour décrire les émotions, difficulté à différencier et à exprimer les émotions. Pour ma part, je pense que cet hypercontrôle va conduire à une alexithymie uniquement si cette stratégie se met en place très précocement avant que l'enfant puisse apprendre à différencier ses émotions et à mettre des mots dessus. Un enfant étant, par essence, au départ, alexithymique. Mais cette stratégie de protection peut apparaître plus tard et dans ce cas, je ne pense pas que l'on puisse parler d'alexithymie. Un grand nombre de patientes anorexiques ou boulimiques chez qui j'ai pu repérer un hypercontrôle émotionnel étaient tout à fait capables de différentier leurs émotions et de mettre des mots dessus.

Cet hypercontrôle émotionnel a pour but de ne pas ressentir, mais aussi de ne pas montrer les émotions. Certaines de ces patientes ont le sentiment que montrer leurs émotions les expose à une attitude intrusive de la part des autres : « Montrer ses émotions, c'est comme être à poil devant quelqu'un ». Mais il faut, d'autre part, bien considérer qu'une des fonctions des émotions est d'être un moyen de communication à l'Autre. C'est un moyen que l'autre voit que ça ne va pas, afin d'obtenir un soulagement, une aide. Si l'on pleure, c'est pour que quelqu'un nous console ! Contrôler ses émotions peut se comprendre comme une manière de ne pas se mettre dans cette position où l'on attend de l'Autre une consolation. C'est, encore une fois, essayer de se passer de ce dont on a besoin, de peur que ce dont on a besoin nous déçoive une nouvelle fois.

> ***L'électroencéphalogramme plat***
>
> « Lorsque je suis chez mes parents, je me mets en électroencéphalogramme plat. Je me déconnecte de ce qui vient de l'extérieur et de l'intérieur. J'essaye de me détacher de ce que je pourrais ressentir. »

## Dissociation émotionnelle

Cette stratégie correspond à un mécanisme de défense par clivage où l'émotion négative est dissociée du Moi. C'est se couper de ce que l'on

a ressenti comme très douloureux et que l'on ne peut pas maîtriser. L'émotion placée hors du Moi psychique pourra être contrôlée comme tout objet extérieur. Il y a une intellectualisation avec un repli sur un Moi intellectuel. Il s'agit d'un mécanisme de défense plus archaïque que le précédent avec, face aux émotions, une angoisse de perte d'identité et d'envahissement.

> ***Victoria a les boules***
>
> « Vis-à-vis des émotions, j'ai peur d'être envahie par ce que je ne maîtrise pas. Du reste, on dit je suis envahie par l'angoisse ou la tristesse ». « Je suis comme une boîte qui serait alourdie par des boules qui la remplissent. Ces boules ce sont mes parents, la nourriture et mes émotions. Ces boules, j'ai l'impression qu'il faut que je les expulse par les vomissements. »

> ***Céline est perchée***
>
> « Lorsque je suis confrontée à quelque chose de douloureux, je me perche. Je me dissocie de ce que je ressens. Je continue ma vie, comme si je ne ressentais rien. C'est comme quand j'étais petite et que mon père alcoolique était violent, je me perchais. C'est comme quand il s'est suicidé, je me suis perchée. C'est comme lors d'abus sexuels, je me suis dissociée de ce que je ressentais, je me suis perchée. » Céline est très grande, très maigre, perchée du haut de sa maigreur, dans une posture d'élévation qui la place au-dessus de ce qu'elle ressent.

## Anesthésie par recours à un objet extérieur

Pour éviter de souffrir, les patientes présentant une dysrégulation émotionnelle peuvent avoir recours à un certain nombre de conduites : surconsommation de psychotropes, prises de toxiques, absorption d'alcool, et, bien sûr, j'y reviendrai plus loin, prise massive de nourriture. C'est ce que Sophie, qui utilise tous ces moyens, appelle ses « zappetout ». Ces conduites sont généralement efficaces à court terme (c'est ce qui fait que ces patientes y ont recours) et ont, bien sûr, des conséquences négatives à long terme. Toujours selon Sophie, ce sont des « faux amis ». Le soulagement obtenu à court terme va avoir un rôle renforçateur vis-à-vis de ce type de conduite et va conduire, bien souvent, à une position addictive vis-à-vis de la substance utilisée. Ces patientes sont dans un véritable évitement émotionnel et ont parfois recours à ces conduites sans que les émotions n'aient atteint une intensité importante, de peur que ce soit le cas et qu'elles ne puissent le supporter. M. Linehan parle de « phobie émotionnelle ». Ce sont des actes « anti-pensées et anti-éprouvés ».

## Utilisation de l'hypercontrôle de l'alimentation et du corps

Lorsque des patientes anorexiques ou boulimiques ressentent des émotions négatives face à des situations qu'elles ont le sentiment de subir, elles peuvent avoir recours aux stratégies défensives d'hypercontrôle de la nourriture et du poids dont nous avons parlé dans le chapitre précédent, dans le but de diminuer ces émotions. Par exemple, elles vont accentuer leur restriction alimentaire ou faire une crise de boulimie en se purgeant après. « Ça me rassure de sentir que j'ai le contrôle sur la nourriture et sur mon poids, ça au moins je le maîtrise ! ».

## Recherche de sensations

Une sensation correspond à un ressenti sensoriel lié à un stimulus provoqué par un objet extérieur, objet extérieur que l'on peut maîtriser. En revanche, les émotions ne sont pas maîtrisables, ce sont des ressentis internes.

Face aux émotions négatives, il peut y avoir un déplacement de l'attention qui est reportée sur une sensation forte (par exemple douloureuse), généralement ressentie comme plus maîtrisable. « Je pensais à ça (l'anorexie, le jeûne, la faim) au lieu de penser à la douleur qui suivait ma rupture sentimentale. » La recherche de sensations vient éviter la confrontation aux émotions. C'est ce qui peut expliquer, par exemple, certaines conduites scarificatoires lors d'éprouvés émotionnels difficiles.

En ce qui concerne les émotions positives, les sensations fortes ont comme dessein de combler un vide intolérable lié à cette difficulté à éprouver des émotions positives. « La sensation devient une présence » (Jeammet, 2005).

C'est encore une fois une phrase de Ph. Jeammet qui rend le mieux compte de cette question : « Il arrive souvent que la quête de sensations prenne la place des émotions quand celles-ci sont vues comme des menaces » (Jeammet, 2008).

## Agrippement à une conduite

Les conduites anorexiques, ou les conduites boulimiques, peuvent représenter une conduite de réassurance. Manger pour ne pas ressentir de l'angoisse est une conduite d'évitement. Conserver une conduite anorexique ou boulimique de peur d'aller trop mal, si on la lâche, est une conduite de réassurance.

J'ai souvent observé que des patientes ayant eu pendant plusieurs années, un trouble important du comportement alimentaire présentaient des attaques de panique lorsqu'elles allaient mieux sur le plan alimentaire. Ces attaques de panique représentent des angoisses de mort et

d'abandon. Cela correspond à une peur d'être abandonnée et de mourir lorsqu'elles lâchent leur « doudou » alimentaire. On est sécurisé par une conduite que l'on connaît, fût-elle destructrice !

## Conduites anorexiques et dysrégulation émotionnelle

Les conduites anorexiques peuvent être, en partie, interprétées comme un comportement en rapport avec les stratégies mises en place du fait de la dysrégulation émotionnelle. Nous allons retrouver toutes les stratégies que nous venons d'évoquer.

### Contrôle du corps

Les émotions ayant toujours une expression somatique, maîtriser le corps est souvent ressenti comme équivalent à maîtriser les émotions.

Contrôler le corps, le poids, est aussi un moyen de contrôler les émotions du fait de la dissociation émotionnelle dont nous avons parlé plus haut. Les émotions sont clivées et placées à l'extérieur du Moi psychique. Contrôler le corps, contrôler la nourriture équivaut à contrôler tout objet extérieur au Moi, dont les émotions. Maigrir revient à se délester du poids des émotions négatives. Maigrir : c'est être plus légère au sens propre, bien sûr, mais aussi au sens d'être moins soucieuse. Rétrécir leur corps, c'est comme rétrécir leur cœur…

### Hypercontrôle des émotions négatives

L'hypercontrôle étant une stratégie défensive privilégiée chez les anorexiques, il est compréhensible qu'elles cherchent à exercer un contrôle sur leurs émotions négatives. Comme nous l'avons vu, plus haut, elles se « congèlent » fréquemment lorsqu'elles ressentent des émotions négatives. Le terme de congélation émotionnelle est d'autant plus approprié, chez elles, qu'elles ont tout le temps froid !

> ***Si je déverrouille, je dérouille !***
>
> Le copain de Véronique vient de la laisser pour une autre. Véronique avait mis beaucoup d'espoirs dans cette relation qui se passait bien, jusque-là. Quand il lui a annoncé qu'il ne voulait plus la voir, elle n'a pas pleuré, elle est allée à son travail le lendemain sans que personne ne s'aperçoive de rien. Elle l'a croisé quelques jours plus tard et alors qu'il lui a demandé comment elle allait, elle a répondu « Bien ! Pourquoi ? ». Véronique hypercontrôle sa tristesse qu'elle a complètement verrouillée. Elle a mis en place les mêmes mécanismes que quand son père s'est suicidé ou que sa mère la délaissait. À propos de ce mécanisme d'hypercontrôle émotionnel elle dit, à plusieurs reprises : « Si je déverrouille, je dérouille ».

## Fermeture au plaisir

L'anorexique se ferme au ressenti des émotions agréables pour ne pas en être dépendante (ou pour ne pas être dépendante de l'objet qui procure du plaisir), pour ne pas souffrir quand elles cessent. Il y a une fermeture à toute forme de plaisir. Une patiente disait d'elle qu'elle était comme une éponge enfermée dans un scaphandre. L'image de l'éponge illustre l'importance des besoins ressentis par la patiente, le scaphandre illustrant la fermeture à ce que l'autre, l'extérieur, peut lui apporter en termes d'amour mais, aussi en termes de plaisir. Pour elle, le plaisir est quelque chose qui vient de l'extérieur et qui, comme tout ce dont elle a besoin, la menace.

## Anesthésie par dénutrition

L'anesthésie émotionnelle est parfois obtenue par la dénutrition. Cette dénutrition entraîne une fatigue, des troubles cognitifs, une insensibilité psychique qui anesthésie le ressenti émotionnel. Cela est vrai pour les émotions négatives, mais aussi vis-à-vis des émotions positives qui sont difficiles à accepter pour l'anorexique. « La dénutrition, par la fatigue qu'elle engendre, diminue les besoins. En n'étant plus en forme, j'ai plus d'envies. Être dénutrie, ça aseptise ma vie. »

## Recherche de sensations fortes liées au jeûne

Le vide laissé par la difficulté à ressentir des émotions, par la difficulté à intérioriser des liens affectifs, va conduire à une quête supplétive de sensations fortes. Ces sensations fortes peuvent être :

- des sensations pénibles liées à la dénutrition (fatigue, épuisement, douleurs) ;
- des troubles de conscience liés la dénutrition et à l'hypoglycémie : « Ça me donne l'impression de flotter sur un nuage. Je me shoote au manque » ;
- ces sensations fortes peuvent être liées à la sensation de faim. C'est ce que Jean et Evelyne Kestemberg ont appelé « l'orgasme de la faim ». La sensation de faim est recherchée car elle donne l'assurance de sensations fortes lorsqu'elle sera soulagée par la prise alimentaire. Plus la faim est grande plus les sensations obtenues par la prise alimentaire seront intenses. Ce qui est angoissant pour ces patientes, c'est la fin de la faim car elle ferme pour un temps la possibilité de ressentir ces sensations intenses. Certaines patientes anorexiques procèdent de la même manière avec la soif, la fatigue, le froid. Elles reculent le plus possible la satisfaction d'un besoin afin de ressentir des sensations intenses lorsque, enfin, elles vont accepter d'y répondre ;

• on sait que la dénutrition stimule la sécrétion d'endorphines qui sont des substances opioïdes endogènes qui conduisent à une sensation de bien-être et d'anesthésie.

## Hyperactivité

L'hyperactivité est un autre moyen de ne pas penser et de ne pas ressentir. Le fait de ne pas se poser est un bon moyen de ne pas se trouver face à soi-même et à ce que l'on ressent. L'hyperactivité est, en particulier, une stratégie d'évitement vis-à-vis de toutes les émotions liées au sentiment de vide.

## Tenir la main de l'anorexie

Cela correspond à ce que j'ai appelé plus haut l'agrippement à une conduite.

> ***Brigitte et sa planète anorexie***
>
> « Je préfère vivre avec mon amie l'anorexie. Elle est si apaisante, si discrète et si calme. Elle est accessible et gentille. »
> « J'ai pas envie de lâcher vraiment la maladie, après je serais seule. Quand je me sens mal, elle me réconforte, elle est tout le temps là. Quand je m'ennuie, elle me réconforte. »
> « C'est ma planète l'anorexie. Je suis, et j'ai toujours été, une anorexienne. Je parlais et j'agissais en anorexia, je mangeais et buvais en anorexia. Pas une seule fois, cela m'était venu à l'esprit que j'allais quitter ma planète. À chaque fois que je voulais me balader dans l'espace, je rencontrais des météorites, ou pire des planètes peuplées d'êtres méchants et cruels. Ils m'empêchaient de vivre, de respirer, j'étouffais. » « Quand j'ai quitté ma planète, j'ai décidé d'atterrir sur médicamentia »…

Nous voyons bien, dans ces propos, comment la conduite anorexique va représenter un objet maternel sécurisant. Rappelons, encore, la phrase de Ph. Jeammet : « Si je me cramponne à maman, c'est que j'ai peur ! ».

# Conduites boulimiques et dysrégulation émotionnelle

Nous allons voir comment les stratégies de contrôle émotionnel permettent de comprendre, comme pour l'anorexie, une partie des mécanismes qui sous-tendent les conduites boulimiques.

## Émotions ressenties, de manière binaire, comme des sensations de faim

Certaines patientes boulimiques disent au départ de la prise en charge psychothérapique : « Je mange parce que j'ai trop faim ». C'est souvent vrai du fait des conduites restrictives qu'elles peuvent avoir, mais parfois, elles interprètent leurs émotions négatives (colère, angoisse, tristesse, ennui) comme des sensations de faim. Elles ont du mal à repérer leurs émotions et à mettre des mots dessus. Elles confondent la faim, et l'envie de manger. Cela peut se comprendre comme une conséquence d'une défense alexithymique, mais aussi par le fait que des émotions comme l'angoisse génèrent des signaux sensoriels semblables à ceux de la faim : creux à l'estomac, sensation de faiblesse…

## Anesthésie des émotions négatives par la prise alimentaire

Cela correspond à une anesthésie émotionnelle par recours à un objet extérieur. Le fait de se remplir de manière boulimique de nourriture est un passage à l'acte pour ne pas penser et ne pas ressentir. La prise de nourriture étant, au départ de la vie, la première manière d'apaiser les tensions, cette conduite reste efficace, mais seulement à court terme. C'est une conduite d'évitement qui est enclenchée comme un réflexe, de manière très précoce dès l'apparition de l'émotion, parfois même avant. Comme toute conduite d'évitement, il y a, sous-jacente, l'idée que sans ça l'émotion ne fera qu'augmenter en intensité, qu'elle deviendra insupportable et ne diminuera jamais. Comme toute conduite d'évitement, cette stratégie va aggraver les choses à long terme avec une incapacité grandissante à gérer les émotions et le rajout d'une culpabilité alimentaire qui va conduire aux stratégies de perte de poids que l'on connaît. C'est la sensation de remplissage, de réplétion gastrique qui est apaisante : c'est se caler pour se calmer.

Il existe des émotions négatives qui trouvent, bien sûr, dans le fait de se remplir de nourriture une réponse privilégiée : ce sont les émotions liées au sentiment de vide et d'ennui. Th. Vincent utilise l'expression de « manger l'ennui » (2008). Les patientes boulimiques ont une mauvaise « capacité à être seule » pour reprendre l'expression de Winnicott. Cette capacité à être seule ne peut se forger que si les liens affectifs précoces ont été de suffisamment bonne qualité pour que le sujet puisse s'en passer.

## Recherche de sensations fortes

C'est le même mécanisme que pour l'anorexie. Ici ce n'est pas le jeûne, ni le soulagement d'une faim intense, qui va procurer une sensation forte ; c'est l'ingestion massive de nourriture. Outre la sensation physique de

ventre extrêmement plein, il peut y avoir une dimension gustative dans cette recherche de sensations fortes. Dans le chapitre sur la restriction cognitive, nous verrons que, souvent, ces patientes s'interdisent le reste du temps beaucoup d'aliments et qu'elles les ingèrent, sans limites, et avec un très grand plaisir lors des crises.

Comme pour les patientes anorexiques, il est compliqué pour elles de s'ouvrir aux plaisirs et il en découle un sentiment de vide interne qui va conduire à la recherche de sensations fortes. Pour elles, le plaisir ne correspond qu'à une excitation. Cette recherche de sensations fortes leur fait souvent associer d'autres conduites comme la prise massive d'alcool, la prise de toxiques, les conduites à risque, les rencontres sexuelles à répétition, etc.

## Contrôle des émotions négatives par les vomissements

Du fait d'une dissociation émotionnelle (clivage des émotions vis-à-vis du Moi), vomir peut être ressenti comme une manière d'expulser, hors du Moi, ces émotions vécues comme des objets externes. « Vomir, c'est se vider de plein de choses, pas simplement de la nourriture. »

> ***Le sac à linge sale de Martine***
>
> Martine fait une crise de boulimie suivie d'un vomissement provoqué, tous les soirs. « C'est mon défouloir, c'est un rituel, le soir, comme on se lave les dents et qu'on met son linge sale dans le panier à linge. Ce sont mes émotions de la journée que je mets au panier à linge sale, tous les soirs, en vomissant. » « C'est mon sac à merde ! » Quand on lui demande ce qu'il adviendrait des émotions qu'elle ressent le soir, si elle ne les « mettait pas au panier à linge sale », Martine répond qu'elle ne sait pas, qu'elle n'a jamais essayé !

## Anesthésie par épuisement due à la répétition des crises

Nous avons vu que pour l'anorexie, la dénutrition anesthésie les émotions et endort les pensées. Manger et se faire vomir plusieurs fois par jour a le même effet. J'ai rencontré de nombreuses patientes qui n'avaient pas de signes de dénutrition mais qui étaient épuisées par la répétition de leurs crises, certaines ne pouvant même plus se lever. Elles décrivaient, très bien, comment cet état endormait leurs émotions négatives et les éloignait de tout plaisir.

## Agrippement au « doudou » boulimique

Cela correspond à une conduite de réassurance. Les conduites boulimiques jouant le rôle d'un véritable objet transitionnel rassurant. « Petite

je me mettais dans un placard, la tête dans des pulls. Je refermai sur moi les portes du placard, comme des bras. Maintenant, je mets la tête dans le frigo. »

## 4.2. Les ateliers psychothérapiques en groupe

Dans ces ateliers, l'approche psychothérapique dialectique va consister :
• à valider les expériences émotionnelles et à accepter de ressentir les émotions :
• à valider les émotions, c'est considérer la réponse émotionnelle comme compréhensible. Citons M. Linehan (2000) : « Premièrement la patiente peut être informée que presque tout le monde (ou au moins beaucoup de personnes) répondrait à la situation génératrice d'émotions plus ou moins de la même manière qu'elle l'a fait. Il s'agit là d'une validation normative. Deuxièmement, on peut aider la patiente à voir que : compte tenu de ses expériences passées, sa réaction émotionnelle (même si d'autres réagissaient différemment) est compréhensible »,
• à accepter de ressentir des émotions, qu'elles soient positives ou négatives, et diminuer les stratégies défensives d'évitement émotionnel est l'un des points fondamentaux du travail sur les émotions ;
• à mettre en place des stratégies visant à réduire l'intensité des émotions négatives (restructuration cognitive, travail sur les liens avec l'enfance), à mettre en place des stratégies visant à augmenter les ressentis de plaisir. Ce sont des stratégies de changement.

Pour cela, ce programme thérapeutique va proposer un travail sur les émotions qui combine, comme le propose P. Philippot (2007) des approches inspirées de trois types d'interventions psychothérapiques modernes :
• la thérapie centrée sur les émotions de Greenberg qui est une thérapie d'exploration et de compréhension des émotions ;
• la thérapie basée sur la « pleine conscience » qui est une approche d'acceptation émotionnelle ;
• le protocole unifié de Barlow qui insiste sur l'exposition aux émotions.

La *métaphore du disjoncteur* : le trouble du comportement alimentaire peut être compris comme un disjoncteur qui coupe le circuit dès la moindre émotion. Il a été réglé de manière hypersensible du fait de tensions de trop forte intensité qui ont provoqué, dans le passé, de grands dommages. La thérapie va voir deux objectifs :
• rendre le disjoncteur moins sensible. C'est l'idée que l'on peut supporter des tensions plus importantes sans danger ;

• diminuer les surcharges d'intensité de tensions afin que le disjoncteur soit moins sollicité.

## Atelier psychothérapique n° 1 : informations sur les émotions

### Objectif de l'atelier

• Donner des informations sur les émotions.
• Souligner l'importance des expressions somatiques des émotions.
• Faire faire le lien entre le trouble alimentaire et les difficultés à gérer les émotions (non-acceptation des émotions, évitement ou tentative de suppression des émotions).
• Corriger les fausses croyances sur les émotions.
• Souligner l'importance de la prise de conscience des ressentis émotionnels, de l'acceptation de ces expériences émotionnelles et du fait de nommer les émotions. L'objectif principal de cet atelier est la validation émotionnelle.
• Faire prendre conscience des « émotions secondaires » (Greenberg & Paivio, 2003).

### Déroulement de l'atelier

L'animateur reste toujours dans un style « socratique » et amènera les participantes à s'interroger sur les différents points développés lors de l'atelier. Par exemple : « Selon vous, qu'est-ce qu'une émotion ? » « Citez des exemples d'émotions négatives. » « Est-ce que les émotions font toujours suite à des pensées ? » Il leur sera demandé de donner des exemples pour chaque point.

### Document remis aux patientes

**Les émotions**

Émotions : états affectifs comportant des sensations de plaisir ou de déplaisir. Les émotions ont une durée limitée. Elles s'accompagnent de manifestations physiologiques.

**Les différentes émotions**

Nous pouvons séparer :
■ *les émotions négatives* qui s'accompagnent de sensations de déplaisir : la tristesse, l'angoisse, la colère, la honte, l'ennui, etc. ;
■ *les émotions positives* qui s'accompagnent de sensations de plaisir : la joie, le plaisir, etc.

**Caractéristiques des émotions**

■ Nos émotions, c'est nous ! Nos émotions sont le reflet de notre identité.
■ Les émotions indiquent dans quelle mesure nos besoins sont satisfaits. Nos émotions sont des messages précis sur notre équilibre intérieur.
■ Les émotions négatives nous mettent sur la voie de ce qui ne va pas. Il faut les respecter et les écouter. Ce sont des signaux d'alarme. Elles peuvent être comparées à un voyant sur le tableau de bord d'une voiture ; si l'on n'en tient pas compte, ou que l'on débranche l'ampoule, il y a de grands risques que l'on rencontre des problèmes au bout de quelques kilomètres !
■ Ressentir des émotions négatives est utile. Cela a pour fonction de conduire à des comportements importants pour nous (recherche de réconfort, fuite, recherche de ce qui nous manque, etc.).
■ Nos émotions vont et viennent. La majorité des émotions durent de quelques secondes à quelques minutes. Une émotion a une durée limitée.
■ Les émotions s'accompagnent de modifications corporelles (tensions ou relâchements musculaires, modifications du rythme respiratoire ou du rythme cardiaque, etc.). Ces sensations physiques varient en fonction des individus, et en fonction de la nature de l'émotion.
■ La manière dont nous ressentons nos émotions, et dont elles s'expriment, dépend de notre personnalité. Il existe aussi une influence culturelle.

**Les fausses croyances concernant les émotions**

■ *Ressentir des émotions signifie que l'on est faible* : Faux, tout le monde ressent des émotions, c'est normal.
■ *Les émotions douloureuses sont, toutes, le résultat d'une mauvaise attitude* : Faux, beaucoup d'émotions douloureuses sont tout à fait adaptées aux situations de vie dans lesquelles nous les ressentons.
■ *Les émotions peuvent augmenter de plus en plus, et nous mettre en danger (risque de dépression, de devenir fou, de faire un malaise, etc.)* : Faux. Les émotions sont de courte durée, même si parfois elles reviennent à nous, comme des vagues. Une émotion négative finit toujours par diminuer ! Les émotions conduisent rarement à des états pathologiques. C'est la plupart du temps les moyens que nous utilisons pour essayer de ne pas ressentir ces émotions qui sont dangereuses, et non pas les émotions elles-mêmes ! Ce n'est pas le voyant rouge du tableau de bord qui est dangereux, c'est de chercher à ne pas le voir !
■ *Les émotions peuvent nous déborder sans que l'on ne puisse rien contrôler* : Faux. Sans chercher à anesthésier vos émotions, vous allez développer, à travers la psychothérapie, une meilleure capacité à les gérer. Vous allez ainsi être capable d'en moduler l'intensité afin que ce soit moins douloureux. Face aux émotions, ce n'est pas tout, ou rien : « Je contrôle tout, ou je ne contrôle rien ! ».
■ *Il est important de contrôler le plus possible ses émotions* : Faux. Il est bien souvent plus dangereux de chercher à contrôler les émotions que d'accepter de les ressentir. Il y a un principe en psychologie qui veut que lutter contre quelque chose augmente son intensité. Contrôler les émotions peut sembler efficace à court terme mais cela complique les choses à long terme.
■ *Plus on ressent des émotions positives, plus on en devient dépendant* : Faux. Il y a un autre principe en psychologie qui veut que plus nous avons été privés de quelque chose, plus il est difficile de se séparer de cette chose. Ce n'est pas de ressentir des émotions positives qui rend dépendant ! Ce sont les privations, les manques qui conduisent à ces situations de dépendance !

■ *Prêter attention à ses émotions, c'est s'apitoyer sur soi-même* : Faux. C'est tout simplement prendre soin de soi !
■ *Les émotions traduisent la réalité d'une situation* : Faux. Les émotions sont le reflet de nos réactions face à une situation, ce n'est pas le reflet de la situation elle-même. Ce n'est pas parce que nous sommes angoissés dans une situation que cette situation est forcément dangereuse.

**Les émotions secondaires**

Ces fausses croyances peuvent conduire à ne pas accepter certaines émotions et à développer, vis-à-vis d'elles, ce que l'on appelle des « émotions secondaires ». Par exemple, nous pouvons ressentir de la culpabilité de manifester de l'angoisse dans une situation. Ou bien, nous pouvons avoir honte d'être triste, ou ressentir de la colère contre nous-mêmes d'être en colère… Ces émotions secondaires vont, bien sûr, compliquer le problème. C'est pour cela qu'il est important d'avoir une position d'acceptation vis-à-vis de nos émotions avec une attitude de compassion vis-à-vis de nous-mêmes.

**Quelques points importants pour mieux gérer vos émotions**

Face à vos émotions :
■ essayez de reconnaître ces émotions. Il est important d'apprendre à reconnaître vos émotions, en écoutant ce que vous ressentez au niveau psychologique mais aussi au niveau physique. Certaines sensations physiques sont, chez vous, la manifestation spécifique de certaines émotions ;
■ nommez, avec nuance, vos émotions. Il est essentiel de pouvoir mettre des mots sur vos émotions et de les qualifier avec nuance. Être désespérée, ce n'est pas la même chose qu'être chagrinée. Être inquiète, ce n'est pas pareil que d'être terrorisée. Être en colère, ce n'est pas la même chose que de s'ennuyer, etc. ;
■ essayez d'accepter vos émotions, essayez de lâcher prise. Lutter contre quelque chose augmente son intensité. Accepter une émotion est déjà une solution au problème !
■ ne cherchez pas à vous débarrasser des émotions au plus vite ! Nous avons vu que cela pouvait vous soulager, à court terme, mais cela risque de vous compliquer les choses à long terme !
■ traitez-vous avec gentillesse et compassion ! Attention aux émotions secondaires !

## Atelier psychothérapique n° 2 : introduction à la pleine conscience, mise en place du carnet d'auto-observation des émotions négatives

### Objectif de l'atelier

- Introduire les techniques de pleine conscience.
- Mettre en place le carnet d'auto-observation des émotions.

**Introduction à la pleine conscience**

Afin d'aider les patientes à mieux gérer leurs émotions nous allons utiliser, tout au long de ce module, des techniques de « pleine conscience »

*(mindfulness)*. Il s'agit d'une approche thérapeutique issue de la pratique de la méditation bouddhiste. Il s'agit d'une forme « laïque » de la méditation. Au départ, cette approche a été destinée à des patients présentant des douleurs chroniques et des troubles liés au stress (Kabat-Zinn, 1982, 1990). Plus tard M. Linehan (1992) a intégré cette approche dans son programme de thérapie comportementale dialectique destiné à la prise en charge des patients ayant des troubles de la personnalité de type borderline. Segal et coll. en 1995 ont développé l'utilisation de ces techniques dans la prévention des récidives dépressives (Zindel, Segal, Mark et coll., 2006).

On entend par pleine conscience : le fait de « porter son attention, délibérément, au moment présent et sans jugement de valeur, sur l'expérience qui se déploie moment après moment » (Kabat-Zinnn, 1995). La pratique de la pleine conscience se caractérise par une attitude volontaire d'attention soutenue. C'est l'observation, sans jugement, des phénomènes qui entrent dans le champ de la conscience. Il peut s'agir de perceptions sensorielles, de sensations physiques, d'émotions, de cognitions. C'est se poser et laisser venir ce qui vient, sans lutter contre et sans juger, que cette expérience soit agréable ou désagréable.

Cette pratique revêt un grand intérêt chez les patientes présentant un trouble des conduites alimentaires et présentant une dysrégulation émotionnelle. Plusieurs mécanismes d'action permettent d'expliquer l'intérêt de la pleine conscience chez ces patientes :

- la pratique de la pleine conscience va favoriser la mise en contact de ces patientes avec leur monde interne. Nous avons vu, plus haut, que cela était difficile pour elles avec soit une dimension alexithymique, soit une position défensive d'hypercontrôle ;
- cette approche va inciter les patientes à s'exposer à leurs émotions négatives. Nous avons vu, plus haut, que les patientes anorexiques et boulimiques étaient souvent des « phobiques émotionnelles ». Observer, de manière soutenue et sans jugement, sans essayer de les éviter, les sensations liées à des émotions négatives, va améliorer leur capacité à tolérer des états émotionnels négatifs sans chercher à les « anesthésier ». Ce principe d'exposition est le même que celui qui est en jeu dans les stratégies d'exposition intéroceptive utilisées chez les patients paniqueurs et nosophobes ;
- par les techniques de pleine conscience nous essayons de développer chez les participantes leur capacité à s'ouvrir au ressenti des émotions positives ;
- la pleine conscience va inciter les patientes à fonctionner dans des temporalités lentes. Cette approche, en les engageant à se « poser », à observer, à réfléchir, va contraster avec le mode de fonctionnement habituel de certaines patientes (surtout boulimiques) qui ont un mode de réponse très rapide à leurs émotions négatives ;

• la pleine conscience met l'accent sur l'importance de l'acceptation des émotions. Accepter l'expérience émotionnelle, au lieu de chercher absolument à la changer, est au centre du travail psychothérapique sur la gestion des émotions. C'est l'idée de lâcher prise vis-à-vis des émotions.

### *Expérience personnelle*

Les différents programmes thérapeutiques qui utilisent des techniques de pleine conscience proposent plusieurs pratiques de pleine conscience. Parmi celles-ci, citons des exercices de centration sur la respiration, le *body scan* ou pleine conscience du corps, le fameux exercice du raisin de Corinthe. Mon expérience auprès des patientes anorexiques et boulimiques m'a conduit à n'utiliser que certaines de ces pratiques, à faire certains aménagements. L'exercice du raisin de Corinthe, du fait qu'il utilise un aliment, amène une complication supplémentaire ! Lorsque j'ai expérimenté cet exercice avec des patientes anorexiques, elles étaient plus préoccupées du nombre de calories du grain de raisin que de leur expérience sensorielle du moment présent ! Il est préférable de choisir un objet non alimentaire si l'on veut travailler sur la pleine conscience autour d'un objet. À ce stade du programme thérapeutique, les exercices de pleine conscience centrés sur le corps sont trop complexes à réaliser pour ces patientes. En effet, nous verrons dans les chapitres suivants qu'elles possèdent très souvent une dissociation entre leur corps et leur esprit avec le sentiment que leur corps leur est étranger. De la même manière, lorsque nous avons essayé de proposer des exercices de pleine conscience centrés sur la respiration, nous avons constaté des phénomènes de dissociation importants avec l'émergence de beaucoup d'angoisse. Enfin, les exercices de méditation, les yeux fermés, génèrent trop d'angoisse chez certaines participantes (celles qui ont besoin d'être dans un hypercontrôle de leur environnement, celles qui ont subi des effractions sexuelles) et il est souhaitable de leur proposer d'effectuer les exercices de pleine conscience les yeux ouverts.

## Déroulement de l'atelier

L'atelier commence par des explications sur la pleine conscience, et sur l'intérêt que cela va avoir pour elles. Il leur est expliqué qu'une pratique quotidienne est souhaitable si elles veulent tirer des bénéfices de cette approche.

Lors de cet atelier, on propose un premier exercice de pleine conscience centrée sur la perception des bruits environnants.

### Premier exercice de pleine conscience centrée sur la perception des bruits environnants

Consignes données lors de l'exercice :

• installez-vous dans une position assise confortable. Permettez à votre dos d'adopter une position droite, digne et confortable ;
• fermez les yeux ou laissez-les ouverts si vous êtes angoissée. Si vous laissez les yeux ouverts, fixez un point à quelques mètres de vous, afin que votre esprit ne soit pas distrait par ce que vous pouvez voir autour de vous ;
• portez votre attention sur les bruits que vous percevez autour de vous. Essayez d'y être très attentive, d'être attentive à tous les petits bruits ;
• tôt ou tard (habituellement tôt), votre esprit s'égarera de la concentration sur les bruits vers des pensées, des projets, des rêves éveillés, etc. Ces pensées peuvent être en rapport avec les bruits que vous percevez, ou ne pas l'être du tout. Ceci est parfaitement normal, c'est juste ce que l'esprit fait. Ce n'est pas une erreur ou un échec. Lorsque vous remarquez que votre conscience n'est plus sur les bruits, félicitez-vous gentiment, vous êtes revenue sur la perception des bruits et avez pris conscience de votre expérience. Notez brièvement ce qui l'a détourné et revenez vers la concentration sur les bruits environnants.

Il sera demandé aux participantes de pratiquer cet exercice deux fois par jour, pendant deux ou trois minutes, durant la semaine suivante.

## Document remis aux participantes

**La pleine conscience = *mindfulness***

La pleine conscience, c'est être conscient de chaque moment, délibérément, sans jugement.
L'opposé de la pleine conscience, c'est le « pilote automatique ». Nous ne sommes pas conscients de ce qui se passe une bonne partie du temps, nous sommes en « pilote automatique ».
■ La pleine conscience c'est diriger volontairement votre attention sur votre expérience du moment présent. Cette expérience peut être une perception sensorielle, des ressentis au niveau de votre corps, des pensées.
■ La pleine conscience c'est décrire, étiqueter, ce qui est observé. C'est laisser votre expérience être votre expérience.
■ Ne jugez pas ce que vous observez.
■ Acceptez de ressentir ce que vous ressentez, que ce soit agréable ou désagréable.
■ La pleine conscience, c'est être en mode être, au lieu d'être en mode faire ; c'est se poser afin d'être attentif à ce que l'on perçoit et à ce que l'on ressent.
■ Le but de la pleine conscience n'est pas la relaxation.
■ Il n'y a pas une manière de réussir, ou de rater, les exercices de pleine conscience. La seule manière de rater un exercice de pleine conscience c'est de s'endormir pendant l'exercice !
■ Essayez, tous les jours, de consacrer du temps à des exercices de pleine conscience.

## La mise en place du carnet d'auto-observation des émotions négatives

Tout au long du module sur la dysrégulation émotionnelle, il va être demandé aux participantes de tenir un carnet d'auto-observation de leurs émotions. Sur ce carnet, elles sont invitées à noter toutes leurs émotions avec un certain nombre d'observations s'y rapportant.

Il leur est conseillé de noter soit au moment où elles ressentent ces émotions négatives, soit le soir.

### *Intérêt du carnet d'auto-observation (Hahusseau, 2006)*

- Cela développe l'exposition aux émotions. Cela va à l'encontre des stratégies visant à ne pas penser et à ne pas ressentir.
- Cela développe le sentiment que les émotions peuvent être gérables.
- C'est accepter de prendre du temps pour soi. Cela développe la compassion pour soi. C'est accepter que l'on puisse être important.

### *La fiche A du carnet d'auto-observation des émotions négatives*

Au cours du module, le carnet d'auto-observation des émotions négatives va évoluer. Les points qui devront être renseignés ne seront pas les mêmes. Cela est lié au fait que les objectifs de travail vont évoluer au cours du module.

Pour la *fiche A* qui représente le premier type de fiche à remplir, l'accent va surtout être mis sur la description précise des sensations corporelles liées à l'émotion et sur la manière dont la patiente accepte et gère cette émotion. Comme le rappelle P. Philippot (2007), Greenberg (2003) insiste sur le fait qu'il est important de développer une conscience émotionnelle corporelle fondée sur les sensations physiques. Selon ces auteurs, le corps est la voie royale pour la prise de conscience des émotions.

| **Situation** lors de laquelle l'émotion est apparue | **Sensations physiques** Décrire précisément | **Nature de l'émotion :** tristesse, angoisse, colère, ennui, etc. (qualifiez avec précision) Intensité de l'émotion entre 0 et 10 | **Émotion secondaire ?** | Quel **comportement** avez-vous eu en lien avec cette émotion ? |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## Atelier psychothérapique n° 3 : la tristesse

### Objectif de l'atelier

L'idée dans cet atelier, est de prendre comme exemple une émotion : la tristesse, pour pouvoir travailler un certain nombre de compétences avec les participantes (la tristesse est plus utilisée comme un exemple d'émotion négative que comme un sujet de réflexion psychothérapique à approfondir) :

- nommer les émotions ;
- repérer les sensations corporelles liées aux émotions ;
- développer une position d'acceptation face aux émotions ;
- prendre soin de soi, avec compassion, face à une émotion douloureuse ;
- comprendre qu'une émotion est une source d'information sur nos désirs et nos besoins profonds ;
- parler aux autres de ses émotions.

### Déroulement de l'atelier

- Commencer l'atelier en reprenant les fiches A d'auto-observation des émotions négatives qui ont été remplies depuis la dernière séance.
- Élaborer avec les participantes une définition de la tristesse.
- Établir avec elles une liste de différents mots synonymes de tristesse en soulignant les nuances qu'ils peuvent apporter.
- Refaire pratiquer aux participantes l'exercice de pleine conscience centré sur la perception des bruits environnants. Durant l'exercice, il est leur est demandé d'imaginer une situation génératrice de tristesse. On demande aux participantes de porter leur attention sur les sensations corporelles qu'elles ressentent durant l'exercice en s'exposant ainsi à une émotion de tristesse. On propose aux participantes d'observer ces sensations corporelles, sans les juger. À la fin de l'exercice, chacune des participantes rapporte la manière dont elle a vécu cette exposition à la tristesse et décrit ses sensations corporelles. Certaines participantes prennent conscience, lors de cet exercice, de la manière dont elles évitent habituellement de ressentir durablement leurs émotions : « J'avais l'impression de tomber dans un vide, j'ai eu besoin d'ouvrir les yeux pour me raccrocher à quelque chose de concret », « Lorsque je suis triste, comme ça, il faut que ça s'arrête, sinon j'ai peur que ça dure tout le temps et de devenir dépressive ».
- L'animateur va faire réfléchir, ensuite, les participantes sur la manière de gérer la tristesse en insistant sur la notion d'acceptation.
- Il sera souligné le fait de prendre soin de soi face à une émotion pénible. L'animateur demandera aux participantes de trouver différents

moyens de se traiter avec compassion lorsqu'elles ressentent de la tristesse. Il ne s'agit pas de trouver des moyens de se distraire de l'émotion, mais d'être dans l'acceptation de cette tristesse et d'avoir une attitude indulgente et réconfortante envers soi-même.

- Il sera abordé la question de l'expression aux autres des émotions négatives. À qui le dire ? Comment le dire ?
- Enfin, l'animateur rappellera aux participantes les consignes de faire, tous les jours, un exercice de quelques minutes de pleine conscience et de continuer à remplir la fiche A du carnet d'auto-observation des émotions.

## Document remis aux participantes

### La tristesse

*Définition* : émotion simple qui révèle que nous vivons une perte, une séparation, un manque, que nous n'atteignons pas nos buts.
*Mots de tristesse* : mélancolie, affliction, peine, cafard, chagrin, neurasthénie, morosité, vague à l'âme, désespoir, malheur, accablement, *spleen*.

**Les sensations physiques qui accompagnent la tristesse**

- Se sentir fatiguée, sans énergie ;
- se sentir vide ;
- avoir envie de pleurer, de gémir ;
- ressentir des douleurs physiques ;
- ne pas avoir envie de sourire, froncer les sourcils ;
- avoir une posture affaissée, tombante ;
- ne pas avoir envie de parler ;
- autres…

**À quoi ça sert la tristesse ?**

La tristesse conduit à un travail de deuil. Cela nous permet de prendre conscience qu'il nous manque quelque chose, d'accepter ce manque, éventuellement de mettre en place des comportements pour changer cette situation.
La tristesse nous sert, aussi, à trouver du soutien.

**Comment gérer la tristesse ?**

- Observez en pleine conscience ce que vous ressentez, portez attention aux sensations corporelles.
- Nommez précisément et avec nuance votre émotion de tristesse.
- Acceptez, lâchez prise :
- c'est votre expérience à ce moment-là, car c'est ce que vous avez vraiment besoin de savoir,
- si vous essayez de contrôler cette émotion, de ne pas la vivre, vous serez en souffrance plus tard, c'est trop risqué !
- les émotions sont en général de durée limitée. Ne cherchez pas à faire disparaître votre tristesse, restez avec! Vous constaterez qu'au bout d'un moment, votre tristesse aura naturellement disparu ou diminué ;

■ Examinez s'il est possible d'agir pour pouvoir corriger le manque à l'origine de la tristesse, pour répondre au besoin qui est en souffrance. Si ce n'est pas possible, essayez de développer une position d'acceptation vis-à-vis de la situation.
■ Remplissez la Fiche A du carnet d'auto-observation des émotions négatives.
■ Traitez-vous avec compassion :
– ne jugez pas votre émotion,
– traitez-vous avec indulgence comme vous traiteriez votre meilleure amie,
– acceptez de vous faire aider, d'être réconfortée.
■ Parlez de votre tristesse à des personnes qui sont capables de l'entendre, parlez-en de manière précise.

**La tristesse perpétuelle = l'humeur dépressive**

Si la tristesse est permanente, plusieurs jours consécutifs, on peut parler d'humeur dépressive. Un cercle vicieux s'installe où l'on a un manque important, un besoin, et où l'on a ni le goût ni l'énergie de faire ce qu'il faut pour s'en sortir.
L'humeur dépressive n'est pas forcément pathologique (par exemple : le deuil).
En cas d'humeur dépressive, vous pouvez être aidée par différents moyens (psychothérapie, médicament, etc.).

## Atelier psychothérapique n° 4 : l'angoisse

### Objectifs de l'atelier

De la même manière que précédemment, le principe de cet atelier est de partir d'un type d'émotion pour travailler certaines compétences :
- développer la mise en mots des émotions ;
- commencer à sensibiliser les participantes au lien qui existe entre leurs pensées et leurs émotions ;
- travailler l'exposition aux émotions négatives.

### Déroulement de l'atelier

De la même manière que lors de l'atelier précédent, il est demandé aux participantes d'élaborer, en discutant entre elles, une définition de l'angoisse.

On établit avec elles une liste de différents mots synonymes de l'angoisse en soulignant les nuances qu'ils peuvent apporter.

Ensuite, il leur est demandé d'effectuer un exercice de pleine conscience, en position assise, débutant par la pleine conscience centrée sur la perception des bruits environnants. Au cours de cet exercice, on leur propose d'imaginer une situation particulièrement angoissante pour elles. Il leur est demandé de porter leur attention délibérément et

sans jugement, tout d'abord sur leurs sensations corporelles, puis sur les images qui viennent à l'esprit et sur leurs pensées. On leur demande ensuite d'observer si leur esprit va toujours vers les mêmes pensées, d'observer ces pensées. L'exercice qui dure cinq à dix minutes se termine par un retour sur la pleine conscience des bruits environnants. À la fin de l'exercice, l'animateur interroge chacune des participantes sur leurs sensations corporelles en leur demandant de les différencier de celles ressenties lors de l'atelier sur la tristesse. L'animateur les interroge, aussi, sur le fait qu'elles aient pu observer en pleine conscience leurs pensées et si leur esprit revenait toujours vers les mêmes pensées. Elles ne seront pas interrogées sur le contenu précis de leurs pensées, ce qui aurait un côté intrusif ne respectant pas leur intimité. Ce qui nous intéresse c'est qu'elles puissent travailler sur le lien entre leurs pensées et leurs émotions.

Mise en place de la fiche B d'auto-observation des émotions négatives.

| **Situation** Lors de laquelle l'émotion est apparue | **Nature de l'émotion** Intensité de l'émotion entre 0 et 10 | Donnez une **image** qui décrit le mieux possible votre émotion | **Pensées Croyances** Qu'est-ce que vous vous dites ? | **Comportement** Qu'est-ce que vous avez fait ? |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Donner une image qui décrit le mieux possible l'émotion est un excellent moyen de développer « l'intelligence émotionnelle ». Selon P. Philippot (2007) : « Les métaphores peuvent être de puissants instruments pour traduire l'expérience d'une émotion et sa signification profonde. Elles ont aussi la capacité de synthétiser une grande partie de l'information émotionnelle en une seule représentation. Elles constituent un outil d'exploration émotionnelle important ». Je rappelle que dans ce programme thérapeutique les patientes sont suivies en thérapie individuelle pour un travail psychodynamique. Il est intéressant, lors des ateliers en groupe, d'inciter les participantes à évoquer en séance individuelle les images qu'elles ont associées à l'émotion, et d'établir des liens avec leurs expériences infantiles.

Enfin, l'animateur rappellera aux participantes les consignes de faire tous les jours un exercice de quelques minutes de pleine conscience et de remplir la fiche B du carnet d'auto-observation des émotions.

# Document remis aux participantes

## L'angoisse

*Définition* : émotion simple qui informe sur un danger potentiel qui pourrait se produire dans un avenir plus ou moins rapproché. L'évaluation du danger est subjective, comme toutes les émotions l'angoisse est subjective.
Les mots d'angoisse : peur, appréhension, anxiété, effroi, affolement, panique, terreur, inquiétude, épouvante, frayeur, trac, crainte, etc.

**Sensations physiques**

- Accélération des battements du cœur ;
- transpiration ;
- tremblements ;
- sensation d'étouffement, impression de manque d'air, boule dans la gorge ;
- tension musculaire ;
- diarrhée, envie de vomir, sensation de poids dans l'estomac ;
- envie d'uriner.

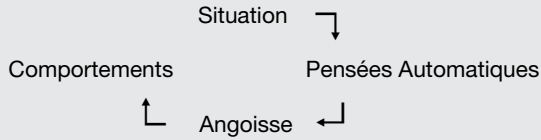
Ces sensations physiques peuvent être différentes chez une même personne selon ce qui génère l'angoisse.

**À quoi ça sert l'angoisse ?**

- Cela sert à augmenter la concentration dans les situations difficiles.
- Cela incite à la prudence.
- Cela conduit à mettre en place des stratégies de protection.

**L'angoisse, comment ça marche ?**

Face à un danger, il peut y avoir deux circuits conduisant à de l'angoisse et à des réponses comportementales :
Un circuit court, rapide :
Situation dangereuse → Réaction immédiate d'angoisse → Réponse comportementale rapide
C'est ce qui se passe, par exemple, si quelqu'un s'approche brusquement de vous par derrière, alors que vous ne vous y attendez pas.
Un circuit long, lié à l'intervention des pensées automatiques :




Trois points fondamentaux sont à comprendre :

- en réalité ce schéma est le même pour toutes nos émotions (la tristesse, la colère, l'ennui, etc.) ;
- ce ne sont pas les événements qui déterminent entièrement nos émotions. Les pensées (interprétations, jugements) que nous avons à propos de ces situations vont jouer un rôle modulateur fondamental en augmentant l'émotion ou au contraire en la diminuant ;

■ ces pensées ne sont pas des faits, des vérités absolues. Ce sont des interprétations personnelles subjectives. Face à ce qui peut apparaître pour la majorité des gens comme un danger important, certaines personnes (du fait de leur expérience, par exemple) vont avoir une réflexion et un jugement qui va les amener à ne pas se sentir en danger et à ne pas avoir peur. À l'inverse, certaines personnes vont être très angoissées face à certaines situations, alors que la plupart des gens ne le sont pas dans ces situations.

**Les comportements générés par l'angoisse**

Face à l'angoisse, face à la peur, nous pouvons avoir toutes sortes de réactions : certaines sont adaptées, utiles ; d'autres au contraire nous handicapent ou sont inefficaces. Parmi ces multiples comportements, citons :
■ l'évitement : c'est parfois la meilleure solution. Mais, bien souvent, ce comportement qui paraît efficace à court terme aggrave l'angoisse à long terme. C'est en affrontant ce qui nous angoisse, en évitant d'éviter, que nous parvenons plus efficacement à diminuer nos peurs ;
■ la crise de boulimie, la restriction alimentaire : ces conduites peuvent, à court terme, réduire l'angoisse, mais dans un second temps, l'angoisse va très souvent réapparaître et sera augmentée par les conséquences de ces conduites alimentaires.

**Comment gérer l'angoisse**

■ Observez en pleine conscience ce que vous ressentez, portez attention aux sensations corporelles.
■ Nommez précisément, et avec nuance, votre émotion d'angoisse.
■ Acceptez, lâchez prise, c'est votre expérience à ce moment-là, car c'est ce que vous avez vraiment besoin de savoir ; si vous essayez de contrôler cette émotion, de ne pas la vivre, vous serez en souffrance plus tard. C'est trop risqué !
■ Les émotions ont, en général, une durée limitée. Ne cherchez pas à faire disparaître votre angoisse, restez avec! Vous constaterez qu'au bout d'un moment, votre angoisse aura naturellement disparu ou diminué.
■ Essayez de remplir la fiche B du carnet d'auto-observation des émotions négatives.
■ Traitez-vous avec compassion :
■ Ne jugez pas votre émotion ;
■ Traitez-vous avec indulgence comme vous traiteriez votre meilleure amie ;
■ Acceptez de vous faire aider, d'être réconfortée.
■ Recherchez des éléments extérieurs sécurisants. Si possible, évitez d'éviter !

## Remarque

À partir de cet atelier, l'accent va être mis sur l'exposition aux émotions. L'animateur soulignera que les troubles alimentaires peuvent être compris comme un évitement d'émotions négatives qui sont vécues comme insupportables et incontrôlables. Il nous est arrivé de dédoubler cet atelier afin de consacrer une séance entière à cette question de l'exposition aux émotions.

L'idée consiste à exposer les participantes, lors de la séance en groupe, à des émotions négatives. C'est ce qui se passe lorsqu'on leur demande d'imaginer, en pleine conscience, une situation triste ou angoissante. Il nous est arrivé d'aller plus loin, par exemple en faisant pratiquer, lors de l'atelier, un exercice d'hyperventilation qui va conduire à des sensations corporelles qui sont angoissantes pour la plupart des participantes. L'exposition à ces sensations leur montre que cette angoisse est supportable, qu'elle diminue au bout d'un certain temps, et qu'elles ont un moyen de la réguler sans l'éviter (en l'occurrence : le contrôle respiratoire).

À partir de là, les patientes seront invitées, tout au long des séances suivantes, à pratiquer des expositions émotionnelles. Elles seront invitées à s'exposer à leurs émotions négatives, à les explorer, plutôt qu'à les éviter. Je dis souvent qu'elles vont apprendre à apprivoiser leurs émotions.

## Atelier psychothérapique n° 5 : la colère

### Objectifs de l'atelier

- Continuer le travail mis en place sur l'acceptation des émotions, en abordant une émotion qui a « mauvaise réputation »
- Commencer à travailler sur l'acceptation de soi, sur l'adoption d'une attitude compassionnelle envers soi, en abordant la question de la colère contre soi.

### Déroulement de l'atelier

Je conseille de commencer cet atelier par un exercice de pleine conscience centré sur la perception des bruits environnants. Je pense que c'est une bonne chose de débuter, maintenant, chaque séance de ce module de cette manière, afin d'exercer les patientes à cette pratique.

De la même manière que lors des ateliers précédents, il est demandé aux participantes, en discutant entre elles, de définir la colère et d'en repérer les caractéristiques.

On établit avec elles une liste de différents mots synonymes de colère en soulignant les nuances qu'elles peuvent apporter.

L'animateur soulignera la différence entre : ressentir de la colère, ce qui est une émotion et se mettre en colère, ce qui est un comportement. De la même manière, il amènera les participantes à réfléchir sur le fait que ressentir de la colère vis-à-vis de quelqu'un (ce qui est une émotion de courte durée) ne remet pas en cause les sentiments que l'on peut éprouver vis-à-vis de cette personne.

L'animateur attirera l'attention des participantes sur le fait qu'il est normal, parfois très utile, de ressentir à certains moments de la colère. Il encouragera une réflexion sur le fait que la colère est une émotion dont il faut tenir compte et qu'il est dangereux de réprimer.

Différentes situations pourront être choisies pour illustrer la manière de gérer la colère, si possible par l'affirmation de soi plutôt que par l'agressivité. Cette approche sera, évidemment, plus facile pour les patientes qui ont déjà travaillé l'affirmation de soi.

Cet atelier peut être l'occasion de commencer à aborder deux points qui seront développés ultérieurement :

- la remise en question des pensées automatiques. En montrant aux participantes que, parfois, la colère peut être inadaptée du fait qu'elle est liée à des pensées dysfonctionnelles (par exemple mauvaise attribution des responsabilités, attentes irréalistes, etc.), on introduit la restructuration cognitive qui sera abordée dans l'atelier suivant ;
- le développement d'une attitude compassionnelle vis-à-vis de soi. En abordant la question de la colère contre soi, en encourageant les participantes à être plus indulgentes vis-à-vis d'elles-mêmes, en les amenant à réfléchir au fait qu'elles peuvent ressentir de la colère vis-à-vis de certains de leurs actes mais pas vis-à-vis de ce qu'elles sont. On introduit ainsi la notion d'acceptation inconditionnelle de soi qui sera abordée plus loin.

## Document remis aux participantes

### La colère

**Définition**

La colère est une émotion qui est vécue à l'égard de ce que l'on identifie, à tort ou à raison, comme étant responsable, chez nous, d'une frustration.
Cette frustration peut être liée à une situation injuste, menaçante, faisant obstacle à la satisfaction de nos désirs.
Nous sommes en colère lorsque nous ne contrôlons pas ce qui est à l'origine de cette frustration.
La colère est toujours vécue à l'égard de quelqu'un ou de quelque chose. Cela peut être une personne, une situation, un acte, une idée. Il est possible d'éprouver de la colère contre soi-même.

**Des mots de colère**

Exaspération, être furieux, haine, hostilité, irritation, rage, ressentiment, agacement, courroux, animosité, hargne, etc.

**À quoi sert la colère ?**

- La colère nous permet de rétablir nos droits.
- La colère donne de l'énergie pour lutter contre des injustices.

**Une émotion interdite ?**

La colère fait partie des sept péchés capitaux. C'est souvent une émotion mal considérée. Elle est souvent considérée comme un vice.

***Quelques remarques***

■ Bien que l'on nous apprenne, parfois, dans notre éducation à la réprimer, la colère est une émotion humaine tout à fait naturelle et qui nous donne des informations sur ce que l'on vit.
■ Nous avons vu, plus haut, que c'est une émotion qui peut être utile. C'est ce qui, parfois, nous réveille de notre torpeur ou de notre résignation face à ce qui est injuste. C'est un sursaut, parfois nécessaire, pour préserver ce qui nous tient à cœur, les valeurs que nous jugeons essentielles. Elle peut s'apparenter avec le courage. Le terme latin *animositas* signifiait : « ardeur, fermeté, courage ». La colère nous aide à nous défendre contre un sentiment de menace.
■ Nous pouvons ressentir de la colère contre quelqu'un que nous aimons. Une émotion, ce n'est pas pareil que ce que nous ressentons profondément, affectivement et durablement pour quelqu'un !
■ Il ne faut pas confondre la colère qui est une émotion avec « se mettre en colère », ou l'agressivité, qui est un comportement.

**La colère peut être inadaptée**

Ressentir de la colère est parfois inadapté avec des pensées irrationnelles :
■ le bouc émissaire : mauvaise attribution de la responsabilité. On s'attaque à la mauvaise cible ;
■ erreurs sur les objectifs de satisfaction : on met la barre trop haut avec trop d'attentes par rapport à soi, aux autres, à la vie.
La colère contre nous-mêmes est la plupart du temps inadaptée. Il est important d'essayer de se traiter sans jugement, avec compassion, comme nous traiterions notre meilleure amie. Nous pouvons être en colère vis-à-vis de quelque chose que nous avons fait, mais pas vis-à-vis de ce que nous sommes.

**Comment gérer la colère ?**

Les problèmes sérieux ont pour origine trop de contrôle ou pas assez de contrôle !
Trop de contrôle : trop de colères retenues sont à l'origine de problèmes :
■ plus on refuse quelque chose plus, on le fait exister ;
■ pour contrôler la colère, ou l'éviter, il est risqué d'utiliser des « faux amis ».
Pas assez de contrôle : la colère pose des problèmes lorsqu'elle est inadaptée et lorsqu'elle est mal gérée entraînant des comportements non contrôlés, destructeurs, de violence et d'agressivité.

**Comment faire ?**

■ Observez en pleine conscience ce que vous ressentez, portez attention aux sensations corporelles.
■ Nommez précisément et avec nuance votre émotion : « Je suis en colère ».
■ Acceptez, lâchez prise :
  – c'est votre expérience à ce moment-là car c'est ce que vous avez vraiment besoin de savoir ;

– si vous essayez d'éviter cette émotion, de ne pas la vivre, vous serez en souffrance plus tard. C'est trop risqué ! Ne cherchez pas à la faire disparaître rapidement ;
■ Attention aux émotions secondaires : vous avez le droit d'être en colère ;
■ Essayez de remplir la fiche B du carnet d'auto-observation des émotions négatives.
■ Privilégiez, autant que possible, l'affirmation de soi plutôt que des comportements agressifs.
■ Dire : « Je suis en colère… ».
■ Être précis.

## Atelier psychothérapique n° 6 : vos pensées ne sont que des pensées, ce ne sont pas des faits !

### Objectifs de l'atelier

Introduire le travail de restructuration cognitive.

Il s'agit d'inciter les participantes à repérer les pensées qui sont associées aux émotions en se disant que ces pensées ne sont peut-être pas des vérités, qu'il y a peut-être d'autres façons de voir les choses. En remettant en cause leurs croyances, parfois dysfonctionnelles, et en envisageant d'autres hypothèses, elles vont découvrir qu'elles peuvent diminuer l'intensité de leurs émotions.

En même temps, il ne s'agit pas de considérer que toutes les pensées et les hypothèses sont dysfonctionnelles ou déformées. Un des objectifs peut être de déterminer si les pensées sont valides, ou non. Comme l'écrit M. Linehan (2000), il s'agit de séparer « le bon grain de l'ivraie », en recherchant le « noyau de vérité ».

### Déroulement de l'atelier

Comme c'est maintenant l'habitude, l'atelier peut débuter par un exercice de pleine conscience.

À l'aide d'exemples, l'animateur va conduire les participantes à réfléchir aux trois points suivants :
- les pensées ne sont que des pensées ;
- ce ne sont pas des vérités, il existe d'autres hypothèses envisageables ;
- en remettant en causes les croyances dysfonctionnelles, il est possible de modifier l'intensité des émotions.

Différentes techniques d'animation sont utilisables. Par exemple, l'animateur choisi une situation : « Vous croisez une amie dans la rue et elle ne vous dit pas bonjour ». Une participante propose une pensée automatique : « Elle ne m'aime pas », la suivante essaye de nommer l'émotion associée « tristesse ou colère », la suivante propose une autre

pensée automatique : « Elle est absorbée par ses soucis », la suivante requalifie l'émotion associée ainsi que l'intensité… Cela ainsi de suite afin de faire prendre conscience aux participantes du lien qui existe entre les pensées automatiques, les croyances, d'une part et la nature et l'intensité des émotions d'autre part.

L'animateur va, toujours à l'aide d'exemples et d'une manière interactive, faire travailler les participantes sur les trois techniques de restructuration cognitive (*cf.* document remis aux participantes) :

- l'examen du degré de croyance ;
- la technique de la meilleure amie ;
- le hit parade des erreurs de jugement.

Le travail peut s'effectuer à partir d'exemples fournis par les participantes. Une participante décrit une situation, les émotions ressenties lors de cette situation et les pensées automatiques repérées. Le reste du groupe va ensuite rechercher des pensées alternatives en utilisant les trois techniques que je viens de citer. L'animateur leur apprend à repérer les distorsions cognitives les plus fréquentes.

L'animateur présente la fiche C d'auto-observation des émotions négatives, en insistant sur l'importance du fait de remplir ces fiches. Le travail d'écriture permet une exposition aux pensées, permet de prendre de la distance vis-à-vis de ces pensées, et apprend aux participantes à prendre du temps pour elles, à centrer leur attention sur leur fonctionnement intrapsychique.

### Fiche C d'auto-observation des émotions négatives

| **Situation** lors de laquelle l'émotion est apparue | **Émotion** *Coter intensité de 0 à 10* | **Pensées automatiques** Qu'est-ce que je me suis dit ? | **Pensées dysfonctionnelles** (voir hit parade des erreurs de jugement) | **Pensées alternatives** Qu'est-ce que je peux me dire d'autre ? | **Intensité de l'émotion** après remise en question des pensées *Coter entre 0 et 10* |
|---|---|---|---|---|---|

## Documents remis aux participantes

### Les pensées ne sont que des pensées, ce ne sont pas des faits

Vous avez maintenant compris que toutes les stratégies que vous pouvez mettre en place dans le but de contrôler ou d'anesthésier vos émotions négatives sont des « faux amis » qui vont vous soulager, à très court terme, et vous poser des problèmes beaucoup plus importants à long terme.
Vous commencez à savoir repérer vos émotions, à mettre des mots dessus.
Vous commencez à accepter de les ressentir, à lâcher prise vis-à-vis de ces

émotions. En remplissant les fiches d'auto-observation des émotions négatives vous avez constaté que ces émotions étaient parfois engendrées, ou majorées, par des pensées automatiques.

**Premier principe fondamental**

Ces pensées ne sont que des pensées, ce sont vos pensées, ce ne sont pas des faits.

**Deuxième principe fondamental**

Ces pensées ne correspondent pas forcément à la réalité, ce ne sont pas forcément des vérités, il y a peut-être une autre manière de voir les choses. En même temps, certaines de ces pensées peuvent correspondre à une vérité.

**Troisième principe fondamental**

En essayant de reconsidérer ces pensées, en examinant s'il n'est pas possible de voir les choses d'une autre manière, il est possible de modifier l'intensité de l'émotion qui y est associée. C'est ce que l'on appelle la restructuration cognitive.

**Comment travailler sur vos pensées ?**

- Répétez-vous, toujours : « Mes pensées ne sont que des pensées, ce ne sont pas des faits, il y a peut-être une autre manière de voir les choses ».
- Écrivez vos pensées sur une feuille de papier. Cela aide à prendre de la distance émotionnelle vis-à-vis des pensées et va vous aider à les regarder avec d'autres perspectives. Utilisez la fiche C d'auto-observation des émotions négatives.
- Afin de remettre en question vos pensées, essayez d'utiliser une des trois techniques de restructuration cognitive.

**Techniques de restructuration cognitive**

***L'examen du degré de croyance***

Face à chaque pensée automatique, il s'agit d'évaluer le degré de croyance en cette pensée. Posez-vous, pour cela, les questions suivantes : « Est-ce que je suis sûre de ce que je me dis ? Est-ce que j'ai des preuves ? Quel est mon degré de croyance en cette pensée sur une échelle de 0 à 100 % ? ». Pour la recherche de preuve, n'hésitez pas à faire une enquête, transformez-vous en Colombo !
Vous pouvez aussi essayer de formuler d'autres hypothèses que la pensée initiale, faire une enquête, et examiner votre degré de croyance en la nouvelle hypothèse. Peut-être sera-t-il plus élevé que la pensée initiale !
Par exemple, vous pensez qu'une personne ne vous aime pas. Vous n'en avez pas de preuve mais votre degré de croyance est de 50 %. Vous formulez une autre hypothèse : elle est peut-être timide et montre peu ce qu'elle ressent. Vous faites une enquête, beaucoup de personnes la décrivent ainsi. Votre degré de croyance est de 80 %. Il est plus élevé que pour la croyance initiale. Cette autre manière de voir les choses va pouvoir amener une diminution des émotions négatives que vous ressentiez.
Parfois l'examen du degré de croyance peut porter non pas sur la validité d'une hypothèse mais sur la gravité des conséquences : « Si ce que je me dis

est vrai, est-ce que c'est grave ? ». Le principe est ensuite le même : « Quelles preuves ai-je de cette gravité ? Est-ce que je peux faire face ? Quel est mon degré de croyance en la gravité des conséquences ? ».

***La technique de la meilleure amie***

Cela consiste à se poser la question suivante : « Dans la même situation, si ma meilleure amie me disait ce que je pense, qu'est-ce que je lui dirais ? ».
Par exemple : Vous ratez un examen, vous êtes très triste et en colère contre vous. Vous repérez vos pensées automatiques. Vous vous dites que vous êtes nulle, que vous n'êtes pas intelligente. Si c'était votre meilleure amie qui vous disait, en pareilles circonstances, qu'elle est nulle et pas intelligente vous trouveriez de nombreux arguments pour contrecarrer ses propos. Alors, appliquez-les à vous-même !

***Établissez le hit parade de vos erreurs de jugement les plus fréquentes et apprenez à les reconnaître***

Parmi les erreurs de pensée les plus fréquemment retrouvées citons :
- le *tout ou rien* : c'est le fait de voir tout en noir, ou tout en blanc. Rappelez-vous que dans la vie les choses sont rarement aussi manichéennes ;
- la *télépathie* : cela consiste à penser à la place des autres. C'est imaginer que l'autre pense ceci, ou cela, notamment vis-à-vis de vous, alors que vous n'avez pas de preuves ;
- *minimiser les points positifs, maximiser les points négatifs*. Cela consiste, par exemple, à considérer, à propos de ce que vous avez fait de bien, que c'est facile, que vous n'avez pas de mérite, alors que vos erreurs seraient systématiquement graves ;
- *surgénéraliser* : c'est tirer une conclusion générale d'un fait isolé. Par exemple, ce n'est pas parce qu'une personne ne vous aime pas que tout le monde ne vous aime pas !
- *personnaliser* : c'est ramener à soi la responsabilité des événements, en occultant tous les autres facteurs possibles. Vous n'êtes pas le centre de l'univers, il peut y avoir d'autres explications à ce qui se passe ;
- le *oui mais* : « Oui, mais j'aurais pu faire mieux » ;
- la *surévaluation de ce que font les autres* : c'est croire, sans preuves, que ce que font les autres est mieux ;
- *l'étiquetage* : c'est le fait de tout juger, de plaquer des étiquettes. C'est confondre ce que quelqu'un peut faire à certains moments et ce qu'il est. Par exemple, ce n'est pas parce que quelqu'un a menti une fois que c'est un menteur. Vous pouvez avoir, une fois, une réaction agressive sans pour autant vous coller l'étiquette d'agressive !
- le *devoir falloir* : c'est le fait de s'imposer de manière rigide des obligations. Repérez tous les « Je dois », et les « Il faut » !
- les *conclusions arbitraires* : c'est tirer une conclusion d'un événement, sans avoir de preuve. Par exemple, si vous croisez quelqu'un que vous connaissez et qu'il ne vous dit pas bonjour, c'est d'en conclure qu'il vous déteste alors que, peut-être, il ne vous a pas vue, ou bien il était absorbé par des soucis importants !

# Atelier psychothérapique n° 7 : l'acceptation inconditionnelle de soi

## Objectif de l'atelier

- Poursuivre l'apprentissage de la restructuration cognitive.
- Travailler sur la faible estime de soi.
- Développer l'acceptation vis-à-vis de soi-même.

Lorsque l'on commence à travailler sur les pensées dysfonctionnelles des patientes on s'aperçoit, très vite, que leurs pensées dysfonctionnelles sont très souvent en lien avec une faible estime de soi. Ces pensées négatives vis-à-vis d'elles-mêmes vont générer, ou majorer, leurs émotions négatives. Dans cet atelier l'accent sera mis encore une fois sur l'acceptation qui, vous l'avez maintenant compris, est un des axes principaux de cette thérapie !

## Déroulement de l'atelier

- Comme c'est maintenant l'habitude, l'atelier peut débuter par un exercice de pleine conscience.
- L'animateur présente aux participantes les trois postulats qui sont à la base du concept d'acceptation inconditionnelle de soi (*cf.* document remis aux participantes).
- L'animateur présente ensuite les dix points importants pour accéder à une position d'acceptation vis-à-vis de soi-même (*cf.* document remis aux participantes).
- Ensuite l'animateur pourra faire travailler les participantes avec la fiche C d'auto-observation des émotions négatives. Les participantes apportent un exemple de pensées automatiques négatives en lien avec une mauvaise estime de soi et le groupe effectue un travail de restructuration cognitive en repérant les distorsions cognitives, et en privilégiant une position d'indulgence et d'acceptation. Il est intéressant que ce soit une participante qui anime le travail de restructuration cognitive. Elle recueille les propositions du reste du groupe sur un tableau ou sur de grandes feuilles de papier.
- À la fin l'animateur rappelle les consignes d'essayer d'utiliser, dès que possible, la pleine conscience et le travail d'écriture sur la fiche C d'auto-observation lorsque les participantes repèrent des émotions négatives.

## Document remis aux participantes

**L'acceptation inconditionnelle de soi**

Cela consiste à s'accepter, tel que l'on est, même si l'on voudrait être autrement. Cela n'exclut pas le fait de s'efforcer de progresser dans les domaines où nous pouvons, et où nous souhaitons, évoluer.

L'acceptation de soi part de trois postulats :

- les êtres humains sont tous faillibles et imparfaits ;
- chaque être humain a plusieurs facettes et ne peut donc être évalué de manière globale ;
- chaque être humain évolue et se développe en permanence.

**Dix points importants pour améliorer votre estime de vous grâce à une acceptation inconditionnelle de ce que vous êtes.**

**Ne vous collez pas d'étiquettes globales !**

Nous avons plusieurs facettes, plusieurs caractéristiques de notre personne, nous faisons un très grand nombre de choses dans notre vie. Fonder son estime de soi, d'une manière globale, à partir d'une seule de nos facettes ou d'une seule de nos actions s'appelle la *surgénéralisation*.

*Exemples de surgénéralisation*

- Si vous avez menti une fois à quelqu'un, surgénéraliser c'est vous coller une étiquette de menteuse.
- Si vous avez raté un examen, surgénéraliser c'est en conclure que vous êtes bête ou que vous êtes une perdante.
- Si vous considérez que vous avez un petit défaut physique, surgénéraliser, c'est vous dire que vous êtes laide.
- Si vous n'avez pas fait tout ce que vous aviez prévu de faire dans une journée, surgénéraliser c'est vous dire que vous êtes une grosse fainéante.
- Si vous vous énervez, un jour, vis-à-vis de quelqu'un, surgénéraliser, c'est vous considérer comme une personne méchante.

Vous pouvez juger vos comportements, mais pas votre personne dans sa globalité.

**Ne vous évaluez pas en tout ou rien !**

Lorsque vous regardez un thermomètre, il ne vous indique pas uniquement « froid » ou « chaud », il précise une température. Si vous utilisez une balance, elle ne vous indique pas uniquement « lourde » ou « légère », elle indique un poids sur une échelle de poids allant de 0 à X kg. Il en est de même lorsque vous utilisez un mètre, lorsque vous lisez le compteur de vitesse d'une voiture, etc.
On ne peut pas évaluer des caractéristiques de manière binaire !
Il en est de même lorsque nous évaluons nos caractéristiques personnelles.
Évaluez-vous comme avec un thermomètre, en degrés, et non pas en extrêmes !

***Exemples de pensées en tout ou rien***

- Se dire que l'on est, soit intelligent, soit bête.
- Se dire que l'on est la meilleure, ou que l'on est nulle.
- Se dire que l'on est maigre, ou grosse.
- Se dire que l'on est belle, ou laide.
- …

Heureusement, la langue française a prévu de nombreux mots pour qualifier ce que l'on est ! Utilisez les nuances de la langue !
Les *étiquetages* en « bon/mauvais », en « réussites/échecs » ne sont généralement pas appropriés aux jugements des personnes et des situations. La vie, ce n'est pas tout blanc ou tout noir.

**Ne vous appliquez pas la théorie du « défaut fatal »**

C'est le fait de se dire que parce que vous vous reconnaissez tel ou tel « défaut » plus rien est possible : Personne ne peut tomber amoureux de vous, ou vous ne réussirez jamais des études, ou bien personne ne vous embauchera pour un travail, etc.

**Ne grossissez pas le négatif en minimisant le positif !**

Ne retenez pas que vos échecs, ce que vous pensez avoir mal fait, ce que vous n'aimez pas, en vous. Sachez voir les points positifs sans les minimiser.

***Exemple de minimisation***

- Je n'ai pas de mérite d'avoir réussi cet examen, il était très facile.
- Les gens m'apprécient, c'est normal, je leur dis toujours oui.
- Je plais aux hommes, c'est normal, les hommes sont attirés par toutes les femmes.

C'est une erreur de jugement que l'on appelle, aussi, le *oui mais…* Par exemple, lorsque l'on vous fait des compliments arrêtez de vous dire « oui, mais… ».

**Vous n'êtes pas responsable de tout !**

S'attribuer la responsabilité de tout ce qui arrive autour de soi, c'est de la *personnalisation*.

***Exemples de personnalisation***

- Si vous avez une amie qui est très malheureuse et que vous n'arrivez pas à lui rendre le sourire, personnaliser c'est se dire que vous n'êtes pas à la hauteur, que vous n'êtes pas une bonne amie…
- Si vos enfants sont en difficulté dans leur scolarité, personnaliser c'est se dire que c'est uniquement de votre faute.

La vie est très compliquée, il y a beaucoup d'explications à tout ce qui arrive. Vous n'êtes pas le centre de tout, alors apprenez à envisager plusieurs explications aux événements.

**Ne vous injuriez pas dans votre monologue intérieur !**

Soyez attentive à ne pas utiliser un langage injurieux, catégorique et trop critique pour décrire vos comportements ou ce que vous êtes.
La façon de parler de soi influence l'estime de soi.
Il y a toute une série de mots, vous concernant, que vous devez essayer de rayer de votre vocabulaire dans votre monologue intérieur : conne, nulle, idiote, bête, imbécile, folle, ordure, etc.

**Acceptez votre faillibilité naturelle !**

Aucun être humain n'est parfait !
En tant qu'être humain, vous ne pouvez donc être parfaite. Vous ne pouvez avoir une exigence, systématique, de perfection et de succès.
Les autres, non plus, ne sont pas parfaits. Ne surévaluez pas ce que font les autres !

**Admettez votre tendance à évoluer en permanence !**

Vous évoluez, en permanence, ce que vous serez demain n'est pas ce que vous êtes aujourd'hui.
Considérez-vous comme un ouvrage en cours !

Chaque expérience vécue, qu'elle soit positive ou négative, vous fait évoluer et continue à vous construire.

**Acceptez ce que vous êtes pour pouvoir vous améliorer !**

Si vous estimez que vous avez eu des comportements insatisfaisants ou répréhensibles, si vous estimez que certains caractères de ce que vous êtes, aujourd'hui, ne sont pas du tout satisfaisants, vous avez deux voies possibles :

- celle de la condamnation : vous vous jugez comme une personne mauvaise (surgénéralisation, pensée en tout ou rien, etc.). Cela va conduire à des émotions négatives : tristesse, angoisse, colère contre vous-même, etc.). Ces émotions vont conduire à un découragement, à une résignation : « C'est foutu, je suis nulle, je ne changerai jamais, ce n'est pas la peine d'essayer » ;
- celle de l'acceptation : c'est admettre que vous êtes un être humain faillible. C'est admettre que vous avez commis, par exemple, des actes inappropriés, et que vous allez tirer des leçons de ces erreurs. Vous allez essayer, alors, d'agir de manière constructive en vous fixant des objectifs de changements réalistes, progressifs, sans vous maltraiter.

Laquelle des deux voies vous semble la meilleure, pour vous ? Pour vos proches ? Laquelle va être la plus efficace ?

**Que diriez-vous à votre meilleure amie ?**

Lorsque nous avons des difficultés à nous accepter, nous nous jugeons avec beaucoup moins d'indulgence que lorsque nous jugeons nos amis.
Si tel est votre cas, vous pouvez utiliser une technique pour développer votre capacité à *vous traiter avec indulgence*.
Cette technique consiste à vous poser les questions suivantes : Qu'est-ce que je dirais à mon amie si elle avait eu les comportements que je me reproche ? Que penserai-je de ma meilleure amie si je voyais en elle les traits de caractère que je n'aime pas chez moi ? Est-ce que je continuerais à aimer mon amie si elle était comme moi ?
Vous vous rendrez compte, alors, que vous pouvez être pleine d'indulgence, compatissante, dans l'acceptation de ce qu'est l'autre.
Posez-vous ensuite la question de savoir si vous êtes le seul être humain sur terre qu'il faudrait traiter autrement. Êtes-vous à ce point exceptionnelle que vous seule devez être infaillible ?

## Atelier psychothérapique n° 8 : l'ennui

### Objectif de l'atelier

- Faire prendre conscience aux participantes que l'ennui, ou la solitude, génèrent chez elles un sentiment de vide qui les renvoie à des angoisses archaïques d'abandon et de mort.
- Leur faire prendre conscience qu'à travers les crises boulimiques, ou les sensations du jeûne anorexique, elles vont chercher à : « combler un instant qui me semble un instant de vide ».

• Développer chez les participantes une position plus « dialectique » face à l'ennui. Cette position consiste :
  – à accepter de ressentir de l'ennui (position d'acceptation). Si elles se confrontent à ce ressenti, plutôt que de l'éviter, elles vont expérimenter leur capacité à y faire face d'une manière moins douloureuse et moins « insurmontable » que ce qu'elles ont pu anticiper ;
  – à ressentir de manière plus importante des émotions positives (= stratégies de changements comportementaux).

## Déroulement de l'atelier

• Comme c'est maintenant l'habitude, l'atelier peut débuter par un exercice de pleine conscience.
• L'animateur va demander aux participantes de décrire les sentiments qu'elles ressentent lorsqu'elles sont seules et qu'elles s'ennuient. Elles décrivent généralement un sentiment de vide, d'abandon, de « délaissement ». On peut leur demander d'évoquer des images métaphoriques qui décrivent ce sentiment.
• Ensuite, la réflexion portera sur la position « dialectique » face à l'ennui (*cf.* document remis aux participantes).
• L'animateur proposera aux participantes de s'exposer à l'ennui. S'exposer à l'ennui, c'est ne pas éviter les situations où les participantes peuvent être seules, c'est les encourager à ne pas utiliser les stratégies d'évitement à court terme utilisées « pour combler le vide ».
• L'animateur commencera à introduire l'importance d'être sur un mode « être » plutôt que sur un mode « faire » afin de ressentir des émotions positives.

## Document remis aux participantes

### L'ennui

**Définition**

Le terme d'ennui peut avoir plusieurs sens :
- « quelqu'un m'ennuie » ;
- « j'ai des ennuis » ;
- « je m'ennuie de toi » ;
- « je m'ennuie ».

Toutes ces expressions ne veulent pas dire la même chose. Le verbe s'ennuyer, selon qu'il est employé sur un mode transitif ou intransitif, ne prend pas le même sens. Il y a même parfois un paradoxe : plus vous avez des ennuis, plus on vous ennuie, moins vous vous ennuyez ! C'est le mode intransitif qui nous intéresse ici, c'est-à-dire quand le mot « ennui » qualifie un état de nous-même : « Je m'ennuie » (Lemoine, 2007).

*Si vous supportez mal d'être seule et de vous ennuyer, si ce sont des moments qui favorisent des crises de boulimie ou qui accentuent votre restriction anorexique, alors il est important de travailler sur l'ennui*.
Si vous supportez mal d'être seule et de vous ennuyer, essayez de réfléchir à la nature de vos émotions et de vos sentiments à ce moment-là. Essayez de voir qu'elles sont les images qui décrivent le mieux ce que vous ressentez.
Vous allez probablement prendre conscience que, chez vous, l'ennui et la solitude vous renvoient à un sentiment angoissant de *vide*. Ce sentiment de vide peut être associé, chez vous, à un sentiment d'abandon, de néant, parfois de mort. Dans le cadre de votre travail psychothérapique individuel vous allez comprendre que, vraisemblablement, se revivent alors des ressentis émotionnels de votre petite enfance. Ce vide que vous ressentez n'est pas totalement une réalité du présent, c'est une expérience émotionnelle du passé.

**S'ennuyer, c'est normal !**

Dans notre vie il est naturel d'être parfois seul avec un « temps vide ». Ces temps nous renvoient à nous-mêmes, sont des « tête à tête avec nous-mêmes. C'est un temps qui peut être propice à la méditation, à la réflexion, à la création.

**Zapper l'ennui est risqué !**

L'ennui nous renvoie à notre capacité à être seul. Cela peut répéter des expériences infantiles angoissantes et douloureuses et générer une émotion que l'on va chercher à éviter, à faire disparaître immédiatement. Vous savez maintenant que les stratégies visant à diminuer rapidement les émotions négatives sont efficaces à court terme et dangereuses à long terme. Par exemple, en ce qui concerne l'ennui cela peut consister à :
- manger l'ennui : les sensations de bouche pleine ou le ventre plein apaisent, à court terme, une sensation de vide mal acceptée ;
- la recherche de sensations fortes : le jeûne, les drogues, les conduites à risque, les scarifications peuvent être des moyens de remplir un vide qui est ressenti comme insupportable.

**Comment occuper le vide de l'ennui sans l'éviter**

- Acceptez de vous ennuyer !
- Acceptez, sans les éviter, les tête-à-tête avec vous-même !
- Utilisez l'ennui pour mieux vous connaître et progresser.
- Utilisez la méditation en pleine conscience !
- Apprenez à vous connaître et à faire le lien avec les expériences angoissantes de votre passé qui vous font craindre, aujourd'hui, que ce vide soit insupportable.
- Le contraire du vide et de l'ennui est de ressentir *des émotions positives*.
- Pour ressentir des émotions positives, il est important de :

Repérer ses désirs
↓
Se fixer des objectifs réalistes
↓
Affirmer ce que l'on veut obtenir
↓
Mettre en œuvre
↓
Vivre pleinement ses émotions positives

■ Pour ne pas souffrir de l'ennui et du vide, le plus important n'est pas d'être en mode « faire », c'est surtout d'être en mode « être et ressentir » !
■ L'ennui, c'est comme ce que nous travaillons depuis le départ : il est important d'accepter de le ressentir, d'une part, et de changer, d'autre part, ce que l'on peut changer. Ce que l'on peut essayer de changer, c'est se construire le plus possible d'émotions positives, se construire dans la mesure de ce qui est réaliste : « une vie qui vaut la peine d'être vécue ».
■ Rappelez-vous, pour finir, que *le plein n'est pas toujours indispensable*. Il ne vous est pas toujours indispensable d'être pleine de nourriture, pleine de sensations fortes, pleine d'activités. Parfois vous pouvez ressentir du vide sans que cela soit dangereux pour vous.

## Atelier psychothérapique n° 9 : le plaisir

### Objectif de l'atelier

• Faire travailler les participantes sur toutes leurs difficultés à ressentir du plaisir.
• Oser mettre en place des stratégies comportementales visant à augmenter le plaisir.
• Accepter la fin du plaisir, accepter d'être satisfaite simplement par les petits plaisirs de la vie.

### Déroulement de l'atelier

• L'atelier peut débuter par une enquête sur les difficultés rencontrées par les participantes pour ressentir des émotions positives. L'animateur notera chacune de ces difficultés et les reprendra une par une.
• L'animateur discutera, ensuite, avec les participantes des dix manières d'augmenter les émotions positives (*cf.* document remis aux participantes).

### Document remis aux participantes

**Le plaisir**

**Définition**

Le plaisir est une émotion agréable, liée à la satisfaction d'un besoin, ou d'un désir qu'il soit physique, intellectuel ou affectif.

**Les émotions positives en général**

*La joie* : contrairement au plaisir, la joie ne porte pas sur des satisfactions d'ordre physique. Pour qu'il y ait joie, il faut que le contentement soit vécu sur un sujet très important. La joie, contrairement au bonheur, est une émotion de courte durée et passagère.
*Le bonheur* : le bonheur n'est pas une émotion. C'est un état d'âme provenant de plusieurs émotions positives. Le bonheur est la manifestation d'une grande satisfaction dans tous les secteurs importants de notre vie.

D'autres mots qualifient les émotions positives : la béatitude, l'euphorie, l'extase, la délectation, la jouissance, la volupté, le ravissement, l'enchantement, l'émerveillement.

**Le plaisir est un besoin vital**

Dans notre cerveau, il existe des circuits cérébraux du plaisir qui ont besoin d'être stimulés. Un être vivant ne peut pas vivre sans plaisir.
Le plaisir est un droit naturel. Il est bénéfique à tout notre être.
Que se passe-t-il lorsque quelqu'un est en déficit de plaisirs ?
■ la dépression (baisse de l'humeur, troubles du sommeil, démotivation générale) ;
■ la recherche de sensations fortes : elle a pour but de combler le vide laissé par l'absence de plaisirs et d'émotions positives. Il peut s'agir de sensations fortes agréables, excitantes, ou parfois de sensations douloureuses ou angoissantes ;
■ les plaisirs artificiels : drogue, alcool, abus de psychotropes.
Les crises boulimiques et les sensations fortes ressenties dans l'anorexie peuvent se comprendre, de la même manière, comme une réponse à un manque de plaisir.

**Pourquoi se fermer au plaisir ?**

■ la culpabilité : « Je n'ai pas le droit ! » ;
■ la faible estime de soi : « Je n'en vaux pas la peine ! » ;
■ l'évitement de la fin du plaisir : « Je préfère ne pas me faire plaisir plutôt que d'être confrontée à un plaisir qui s'arrête » ;
■ la peur de la dépendance : « Si je me fais ce plaisir, j'ai peur de ne plus pouvoir m'en passer ».

**Pensées alternatives pour s'ouvrir au plaisir**

■ *Pensées alternatives à la culpabilité* : ressentir du plaisir est un besoin naturel, un droit de chacun. Aucun plaisir n'est coupable s'il est vécu dans le respect de soi, des autres, des lois sociales. L'origine d'une culpabilité excessive peut être liée à une morale éducative sévère ou à des schémas inconscients de culpabilité mis en place dans l'enfance. Dans la mesure où vous avez souffert dans votre vie, vous avez droit à deux fois plus de plaisir que les autres !
■ *Pensées alternatives à la faible estime de soi* : chaque être humain est faillible et imparfait. Si vous avez une position de tolérance à l'égard des autres qui vous amène à penser que tout être humain a le droit de ressentir des plaisirs, alors pourquoi seriez-vous la seule au monde à ne pas y avoir droit ?
■ *Pensées alternatives à l'évitement de l'arrêt du plaisir* : le plaisir, comme toutes les émotions, est de durée limitée. Le côté éphémère du plaisir, comme le côté éphémère de toutes choses, doit faire l'objet d'une position d'acceptation. C'est le fait que le plaisir ne dure qu'un temps qui fait que l'on ressent du plaisir. « Toujours du plaisir n'est pas du plaisir » Voltaire. En tant qu'adultes, nous avons la possibilité d'agir et de recréer des moments de plaisir. Lorsqu'un plaisir s'arrête, ce n'est pas forcément pour toujours, nous avons la possibilité de le recréer.
■ *Pensées alternatives à la peur de la dépendance* : il y a un principe en psychologie qui veut que plus nous avons été privés de quelque chose, plus il est difficile de s'en séparer lorsque nous y avons accès. Plus nous avons été frustrés, plus il est difficile de se réguler. Cela vaut pour le plaisir : plus

nous nous interdisons certains plaisirs, plus il nous sera difficile de se réguler, d'accepter de mettre fin à ces plaisirs.

**Dix moyens de mieux gérer vos émotions positives**

***Acceptez***

■ Acceptez que vous ne puissiez pas accéder à tous les plaisirs tout de suite. Acceptez la frustration de l'attente. L'attente est nécessaire pour augmenter le plaisir. Dans la vie nous ne pouvons pas avoir tout, tout de suite ! Ne vous dites pas : « C'est tout de suite, ou jamais ! ».
■ Acceptez de vous confronter à la fin du plaisir. La philosophie bouddhiste met l'accent sur la nécessaire acceptation du caractère éphémère des choses. C'est parce que tout est éphémère dans la vie qu'il convient d'en profiter pleinement. Si vous avez le sentiment d'être dans une position d'évitement vis-à-vis du plaisir, afin d'éviter de ressentir l'angoisse ou la tristesse liée à la fin du plaisir, faites des expériences comportementales : vivez intensément des moments de plaisir, confrontez-vous à la fin du plaisir et découvrez progressivement votre capacité à tolérer cet arrêt du plaisir.
■ Acceptez que vous ne puissiez pas connaître, en permanence, des plaisirs intenses. Il est important de pouvoir vivre pleinement les « petits plaisirs » de la vie. Il est important aussi d'accepter des moments de vide, d'ennui (pour cela se référer au document sur l'ennui).

***Agissez pour vivre une vie qui vaille la peine d'être vécue***

■ Sachez accueillir le plaisir lorsqu'il se présente. C'est une attitude de réceptivité. C'est « garder les yeux ouverts ».
■ Développez votre capacité à vivre pleinement l'instant présent en pleine conscience. C'est vivre l'instant présent, comme il est, sans jugement, avec une attention soutenue. Essayez de savourer l'instant présent. Pour vous y aidez : vous pouvez imaginer que vous êtes un martien qui débarque sur la terre et qui est attentif à tous les moindres détails car il les voit pour la première fois. Il va ressentir pleinement tout ce qu'il observe. Entraînez-vous à porter votre attention, successivement, à chacun de vos sens : portez une attention soutenue à ce que vous voyez, à ce que vous sentez, aux bruits, aux différentes sensations sur votre peau, à ce que vous êtes en train de faire sur l'instant. L'instant présent peut devenir ainsi un plaisir, même en l'absence de stimulation sensorielle notable. La beauté du moment est avant tout dans notre façon de le ressentir.
■ Sachez vivre, aussi, des moments intenses en vous abandonnant aux sensations fortes. Si vous avez peur du regard des autres, ou si vous avez peur de ne plus pouvoir vous passer de ces plaisirs forts, faites des expériences comportementales : laissez-vous aller, lâchez-vous et vous vous rendrez compte que vos prédictions sont erronées. Les autres vous témoigneront, très probablement, qu'ils ont apprécié votre façon d'être et vous constaterez que vous régulez très bien l'accès à ces sensations fortes, sans en devenir dépendantes.
■ Bichonnez-vous : apprenez à prendre soin de vous, à multiplier les attentions à votre égard. Prendre le temps de choisir un savon de douche qui a une odeur qui vous plaît, prendre le temps de vous passer des crèmes sur le corps, décorer votre intérieur avec des fleurs que vous avez cueillies,

présenter de façon sympa ce que vous mangez, ranger votre intérieur d'une manière qui vous plaise, prendre un peu de temps pour vous poser lorsque vous rentrez chez vous et que vous êtes fatiguée, prendre le temps chaque matin de choisir des vêtements dans lesquels vous êtes bien, mettre de la musique chez vous, sont autant d'attentions qui ne sont pas onéreuses et qui vont vous procurer de nombreux petits plaisirs.

■ Augmentez les événements plaisants qui provoquent des émotions positives. Essayez, délibérément, d'agir sur votre vie pour multiplier des situations susceptibles de vous procurer du plaisir. Vous pouvez faire une liste de ce que vous faites dans la journée. Classez ces activités en deux : celles qui vous procurent du plaisir, celles qui baissent votre humeur. Examinez ensuite comment vous pouvez trouver plus de temps pour faire les choses qui sont agréables et traiter plus habilement celles qui baissent votre humeur. Ne vous limitez pas toujours aux mêmes activités. Examinez d'autres possibilités d'éprouver du plaisir, explorez, enquêtez, essayez de nouvelles choses. Osez !

■ Soyez actrices de votre vie : pour cela, reportez-vous à tout ce qui a été fait dans le module « développement du sentiment d'efficacité personnelle ». Il est évident que plus vous aurez le sentiment d'être actrice de votre vie, de ne pas la subir, plus vous vivrez des émotions positives qui vous conduiront à un sentiment profond et durable de bonheur.

■ Ne mettez pas tous les œufs dans le même panier : faites en sorte que votre bonheur ne dépende pas uniquement d'un groupe de personnes (votre famille, par exemple) ou d'une relation amoureuse, ou d'une seule activité. Le risque est trop grand ! Vous le savez bien ! Multipliez les sources de plaisirs et de joies !

*Votre plaisir ne dépend pas uniquement des autres. Vous pouvez agir sur ce qui vous fait plaisir.*

## Atelier psychothérapique n° 10 : vivre pleinement l'instant présent

### Objectif de l'atelier

Développer chez les participantes leur capacité à vivre pleinement l'instant présent, à s'ouvrir à ce qui peut être source de plaisir, même en l'absence de stimulation sensorielle notable.

### Déroulement de l'atelier

L'atelier peut débuter par un exercice de pleine conscience centrée sur un objet. Dans les exercices de pleine conscience, il est classique de faire l'exercice sur le raisin de Corinthe. Nous avons choisi, avec les thérapeutes qui ont animé jusque-là cet atelier, de travailler sur un objet non alimentaire afin de ne pas compliquer les choses ! Nous avons proposé aux participantes de travailler sur une fleur. L'exercice consiste à faire un exercice de pleine conscience en portant l'attention pendant cinq

à dix minutes sur une fleur, en la manipulant et en utilisant différents sens : la vue, l'odorat, le toucher, l'ouïe, lorsque l'on touche la fleur… Il est demandé, par ailleurs, aux participantes d'observer, sans jugement, les pensées qui leur viennent à l'esprit en présence de la fleur et les émotions qui y sont associées. Les participantes constatent, en faisant cet exercice, qu'elles découvrent tout un ensemble de ressentis qu'elles n'appréhendent pas d'habitude. Cela peut concerner la manière dont est composée cette fleur, les subtilités des odeurs qu'elle dégage. Mais il peut s'agir, aussi, d'une palette d'émotions liées à des souvenirs évoqués par la vue ou par l'odeur de la fleur.

Dans la suite de l'atelier, il est choisi avec les participantes un certain nombre de situations que l'on va les inciter, à titre d'exercice, à vivre en pleine conscience :

- marcher dans la rue ;
- faire la vaisselle ;
- regarder un paysage ;
- prendre une douche, etc.

Vivre certains de ces moments en pleine conscience, comme l'exercice de la fleur, pourra être retenu comme consigne pour la séance suivante.

L'animateur fera réfléchir les participantes sur le fait que la beauté du moment est avant tout dans notre façon de le ressentir.

## Atelier psychothérapique n° 11 : où en êtes-vous avec vos émotions ?

### Objectif de l'atelier

Atelier de synthèse et de « révision » sur tout le travail effectué autour du concept de dysrégulation émotionnelle.

### Déroulement de l'atelier

Chacune des participantes évoque un exemple de situation où son comportement alimentaire a pu être troublé par des émotions mal régulées. Le groupe essayera de reprendre chacun de ces exemples, en revenant sur toutes les étapes importantes pour mieux réguler les émotions :

- le repérage de la nature de l'émotion ;
- l'acceptation de l'émotion ;
- l'exposition à l'émotion et non pas l'évitement ;
- le travail de restructuration sur les pensées en lien avec l'émotion, avec l'utilisation de la fiche C d'auto-observation des émotions négatives.

# Chapitre 5
# La porosité des frontières du moi

Dominique présente une anorexie restrictive grave depuis plus de quinze ans, avec de nombreuses hospitalisations. Elle ne peut toujours pas manger des aliments préparés par sa mère, avec le sentiment qu'ils sont « toxiques ». De la même façon, elle ne peut pas se servir dans le même plat que les autres : « J'ai peur de m'empoisonner ». Elle ne peut pas aller dans une piscine, dans la même eau que tout le monde : « Ma peau est poreuse, ça va me pénétrer de partout ». « Ma peau, j'ai l'impression que c'est une passoire, en même temps, quand c'est moi qui contrôle, c'est du béton armé. »
« J'ai le sentiment que le regard de l'autre me pénètre, alors je cherche à donner l'image des mannequins sur les journaux en papier glacé, comme ça, le regard glisse dessus. »
« Quand j'étais petite, ma mère m'obligeait à boire à sa gourde après elle. Ça me dégoûtait, elle disait que c'était pas normal, que sa salive et la mienne, c'était pareil. » « L'autre jour, elle a mis un de mes pulls, elle m'a dit que l'on avait la même taille, alors, c'était pareil. J'ai eu l'impression qu'elle me disait que l'on pouvait avoir la même peau. » « C'est comme quand elle me dit : « Enlève ton pull, tu me donnes chaud ! ».
Dominique a une porosité importante des frontières corporelles de son Moi.

Le concept de frontières corporelles du Moi recoupe la représentation psychologique que nous avons de notre enveloppe corporelle, des limites entre notre monde interne et le monde extérieur, des interfaces entre nous et les autres. Ces frontières dessinent notre intériorité (fig. 5.1).

Afin de mieux comprendre ce que cela représente, prenons deux exemples :

- celui de la membrane des cellules, qui est une enveloppe contenante de ce qui est à l'intérieur de la cellule, qui empêche que son contenu se vide. C'est aussi un lieu d'échange et de régulation très complexe entre les contenus intra- et extracellulaires ;
- celui des frontières d'un pays. Les frontières limitent et définissent ce pays. Elles dessinent la forme de ce pays lorsqu'on le regarde sur une carte. Elles sont aussi une zone d'échange entre l'intérieur et l'extérieur du pays avec plusieurs modes de régulation selon la politique décidée.


© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

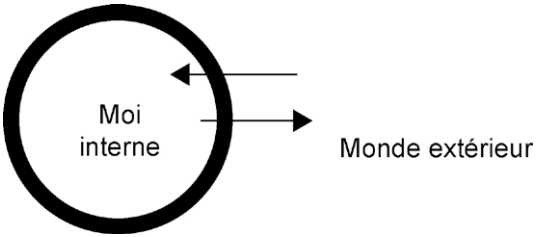



FIGURE 5.1. **Frontières corporelles du Moi.**

Ce que j'entends, ici, comme frontières corporelles du Moi est tout à fait lié aux limites de notre identité. Notre identité corporelle est notre identité personnelle. Les frontières de notre Moi corporel et celles de notre Moi psychique sont liées.

# 5.1. Aspects théoriques

## Principales fonctions des frontières corporelles du Moi

### Une fonction contenante

C'est ce qui permet de contenir ce qui est à l'intérieur de nous, d'éviter que cela se vide et se répande à l'extérieur. Au-delà d'un contenu biologique, ces frontières ont une fonction contenante de ce que nous sommes, et de notre Moi psychique.

### Un marquage des limites

Les frontières corporelles sont une limite entre nous et l'extérieur, entre nous et les autres. C'est une limite entre ce qui nous appartient et ce qui appartient à l'autre. C'est l'édification de frontières du Moi de bonne qualité qui nous conduit de l'indifférenciation à l'individuation. Ces frontières sont essentielles pour définir notre identité.

### Une protection contre les agressions extérieures

Là aussi, il ne s'agit pas simplement d'agressions physiques, bien que ce soit une des fonctions principales, mais aussi de tout ce qui peut venir menacer notre monde intime, notre Moi psychique. C'est une protection contre l'intrusion.

### Un filtre, une zone d'échange

À l'instar de la membrane d'une cellule qui laisse rentrer les nutriments dont la cellule a besoin, qui ne laisse pas rentrer ce qui est toxique, et qui permet de rejeter ce qui est inutile, les frontières corporelles du Moi vont réguler les échanges entre notre monde interne et l'extérieur. Des frontières à la fois souples et fermes permettent de laisser entrer ce qui est bon pour nous, ce qui correspond à nos besoins et de rejeter ce qui risque de nous blesser, de nous empoisonner, ce qui est indésirable. Anzieu dans son livre *Le Moi-peau* (Anzieu, 1985) souligne que toute limite sépare mais, aussi, relie ; c'est une interface.

### Nous représenter par rapport au regard de l'autre

De la même façon que les frontières dessinent la forme d'un pays, que ce que nous voyons d'un objet est son enveloppe extérieure, c'est notre enveloppe corporelle et la manière dont nous allons la traiter (par les habits, le look) qui va conditionner l'image que les autres auront de nous.

## Différentes frontières corporelles du Moi

**Quatre frontières corporelles du Moi**

- L'enveloppe du corps avec, la peau, les tissus sous-cutanés (muscles, tissus graisseux), le squelette.
- La bouche et l'appareil digestif.
- L'image corporelle. C'est ce que nous donnons à voir, notre apparence. C'est notre enveloppe visible.
- Le corps sexué.

Il existe d'autres frontières corporelles du Moi, comme l'appareil respiratoire, certains organes des sens comme la vue, l'odorat, l'ouïe. Ce sont aussi des interfaces où il y a des choses qui rentrent et qui sortent. Il serait certainement intéressant de développer ce qui se joue au niveau de ces frontières dans ces problématiques anorexiques ou boulimiques. Mais j'ai choisi de limiter la réflexion aux quatre frontières citées plus haut, car ce sont d'après moi celles qui sont les plus importantes pour comprendre ces pathologies.

## Mise en place des frontières corporelles du Moi

La mise en place de frontières corporelles du Moi de bonne qualité est l'un des aspects fondamentaux du processus d'individuation-séparation dont nous avons eu l'occasion de parler à de nombreuses reprises. Il

est important, à ce propos, de comprendre que la constitution du Moi corporel et du Moi psychique sont corrélatives.

Dans les premiers mois de sa vie, l'enfant est dans une fusion avec sa mère. Pour lui, le monde intérieur et le monde extérieur sont indifférenciés. Il n'existe pas de frontière psychique (l'enfant et sa mère ne font qu'un), pas de frontière corporelle (le corps de l'enfant est vécu vraisemblablement dans la continuité de celui de sa mère). D. Anzieu dans son célèbre livre *Le Moi-peau* parle, à ce stade-là, d'une même peau entre l'enfant et la mère, avec une rupture de cette peau commune dans le processus de « défusion ». Ce processus de défusion et d'édification des frontières corporelles va s'étaler jusqu'à la fin de l'adolescence.

Pour cela, et pour que se mettent en place des frontières de bonne qualité, il est nécessaire qu'un certain nombre de conditions soient réunies.

## Nécessité d'une relation sécure avec les premiers objets d'attachement

Nous l'avons vu précédemment, il est nécessaire d'être sécurisé affectivement pour pouvoir se défusionner : pour pouvoir acquérir ses propres limites, l'enfant doit en effet être capable de se séparer, de s'individuer vis-à-vis de sa mère. Comme je le redis depuis le début du livre, pour ce faire, il doit être en sécurité affective.

## Nécessité d'un maternage de bonne qualité

Outre la fonction de nutrition, dans le maternage le toucher joue un rôle primordial. C'est ce que Winnicott appelle le *holding* et le *handling*. Citons, encore, D. Anzieu : « L'enfant acquiert la perception de la peau à l'occasion de contacts de son corps avec le corps de sa mère dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement avec elle ». Selon Anzieu (1985) : « Le moi-peau rempli une fonction de maintien du psychisme, cette fonction se développe par intériorisation du *holding* maternel ». La mère doit être aimante et touchante mais pas manipulante. Manipulante au sens où la mère ferait ce qu'elle veut du corps de son enfant sans respecter les désirs et les besoins de son enfant.

> ***Florence marche dans le noir***
>
> « Je n'ai pas eu de caresses. Ma mère n'a pas donné à mon corps sa contenance. S'il y avait eu contact physique, il y aurait eu quelque chose qui aurait été matérialisé. Je suis comme quelqu'un qui marche dans le noir et qui heurte les objets car elle n'y voit rien, je ne sens pas la limite entre moi et les objets. »

### *Nathalie ne se regarde pas le nombril*

« Mon nombril, c'est une cicatrice du lien que j'ai eu avec ma mère. Si je me touche le nombril, c'est comme si je me touchais à l'intérieur, comme si je me perçais le ventre. Il n'y a pas de limites, il y a une porte, il y a quelque chose de pas cicatrisé. Avec ma mère, il n'y a pas eu de limites claires ; elle est intrusive et pas sécurisante. Elle a laissé un trou. Parce qu'elle ne m'apporte pas de sécurité, mon corps n'a pas de limites fixes. Je suis mal délimitée. Elle ne m'a pas finie. Je ne suis pas fermée. J'ai du mal à me situer par rapport aux autres. Qu'est-ce qui peut rentrer ? Qu'est-ce qui peut sortir ? »

## Nécessité de respecter l'individualité et l'intimité de l'enfant

Si la mère est trop dans la fusion, trop près, avec un père qui ne joue pas assez le rôle de tiers séparateur, l'enfant ne peut pas construire ses propres frontières, ses propres limites. L'attitude trop fusionnelle de la mère va poser des problèmes différents à une fille qu'à un garçon. Une fille, parce qu'elle a un corps qui va ressembler au corps de sa mère, va plus avoir le sentiment d'une même peau, d'une absence de limite corporelle qu'un garçon. Ceci est certainement l'un des facteurs expliquant la plus grande incidence de l'anorexie chez les filles que chez les garçons.

Le droit à l'intimité est l'un des besoins fondamentaux de tout enfant. J'ai rencontré un nombre important de patientes anorexiques ou boulimiques pour lesquelles, parmi les éléments biographiques permettant d'expliquer leurs troubles, on pouvait relever le fait qu'elles n'avaient pas pu, à un moment donné de leur enfance, préserver leur intimité.

### *Elles n'avaient pas de chambres à elles*

Le père de Françoise n'a jamais eu le temps de lui aménager sa chambre dans la nouvelle maison. Elle a dormi dans un coin du salon en attendant qu'il le fasse, et à 12 ans, elle a arrêté d'attendre puisqu'il a quitté la maison !

Swellen a perdu sa mère à 12 ans, elle a été accueillie par sa tante qui n'avait pas de place pour elle, elle a dormi, jusqu'à son anorexie (…) dans un couloir, sans rideau pour préserver son intimité.

Gaëlle a dormi de 10 à 12 ans avec sa grand-mère dans son lit ! Il n'y avait pas d'autre place pour la grand-mère ni pour l'intimité de Gaëlle !

Ariane a 20 ans, elle n'a plus de chambre dans la maison de ses parents depuis quatre ans. Ça ne sert à rien puisqu'elle est toujours en clinique psychiatrique !

L'intimité de l'enfant peut faire l'objet d'effractions traumatisantes, c'est le cas des effractions sexuelles infantiles.

### Importance des limites posées par les parents

Une mère doit poser des limites. Cela va s'effectuer, en particulier, par des frustrations. Le manque (qui n'est pas une absence) va permettre l'édification des frontières du Moi psychique et corporel. Les limites que posent les parents sont contenantes et contribuent à l'édification de ces frontières. S'il n'existe pas de limites, cela ne permet pas de se séparer : « J'ai besoin d'une mère qui pose des limites claires, sinon il n'y aura plus de distinctions entre la mère et la fille ».

## Quand les frontières du Moi corporel sont fragiles

Lorsque ces conditions n'ont pas été réunies de manière suffisante, les frontières du Moi corporel vont être fragiles. C'est le cas d'un grand nombre de patientes anorexiques et boulimiques. Cette fragilité va générer un certain nombre d'angoisses. Nous allons retrouver les angoisses que j'ai placées, depuis le début de cette réflexion, au centre du problème.

**Différentes angoisses liées à la porosité des frontières**

- L'angoisse de se vider et de ne plus exister : « Ma peau est fragile, j'ai toujours l'angoisse de me répandre et de ne plus avoir d'identité ».
- Une angoisse de fusion : « Ma mère est dans une relation fusionnelle avec moi, elle se mêle (mélange) de tout ».
- Une angoisse d'intrusion et d'emprise. Lorsqu'il n'existe pas de frontière protectrice, il peut y avoir intrusion.
- Une angoisse d'abandon. Lorsqu'il n'y a pas de frontière délimitante et caractérisante, il y a le risque d'être transparente, invisible, et de ce fait d'être abandonnée.

Pour lutter contre ces angoisses, nous pouvons observer chez ces patientes ayant des frontières du Moi fragiles trois mécanismes défensifs fondamentaux :

- un resserrement sécuritaire : c'est le fait de se resserrer au plus près de soi, pour trouver ses limites. C'est un repli sur quelque chose de plus sécurisant. X. Pommereau compare cela à ce qui se passe au niveau géopolitique, en particulier en Europe, où l'effacement progressif des frontières entre les États à conduit à une augmentation du régionalisme chez certaines populations fragiles (Pommereau, communication personnelle ; Voiron, 2006). Ce resserrement correspond au besoin défensif de rejoindre une structure essentielle, et au mécanisme défensif de replis sur soi que j'ai évoqué précédemment ;

> ***Se faire toute petite***
>
> « C'est comme si j'étais dans une pièce et que je n'avais pas la possibilité de fermer la porte, si je veux. Alors : soit je laisse la porte fermée à double tour, soit elle reste ouverte, mais pour me protéger de ceux qui peuvent rentrer et me menacer, je me fais toute petite. »

- un épaississement et une solidification des frontières corporelles : nous verrons, plus loin, comment la maigreur peut être recherchée comme étant une seconde peau protectrice ;
- une fermeture des frontières et des expulsions : là aussi, c'est une image géopolitique qui va nous servir à illustrer notre propos. Lorsqu'un pays se sent menacé, notamment par une immigration trop importante, un choix politique peut être de fermer les frontières (d'une manière plus ou moins stricte), et de prononcer des arrêtés d'expulsion pour renvoyer du territoire des personnes qui pourraient être considérées comme indésirables ou dangereuses.

Nous allons analyser, au niveau de différentes frontières corporelles du Moi citées plus haut, comment vont se traduire ces mécanismes défensifs. Mais, auparavant, examinons un premier mécanisme défensif vis-à-vis des angoisses générées par la fragilité des frontières corporelles du Moi.

## Clivage corps esprit

Cela correspond à ce que nous avons appelé, plus haut, le resserrement sécuritaire. Lorsque les frontières corporelles du Moi se mettent en place de manière satisfaisante, les frontières de notre Moi psychique et celles de notre Moi corporel se recoupent. C'est ce qui nous donne le sentiment que notre corps nous appartient, que notre corps c'est nous, que ce que nous ressentons au niveau de notre corps est en lien avec notre identité. Il y a une unité corps-esprit avec une circulation permanente entre notre esprit et notre corps. En revanche, lorsque l'enfant n'a pas pu trouver une sécurité affective suffisante pour se défusionner, lorsque les soins maternels (en particulier le toucher) n'ont pas permis d'investir positivement le corps, lorsqu'il y a eu des effractions corporelles ou une intimité mal respectée, une partie ou la totalité du corps va être perçue comme n'appartenant pas au sujet. Le Moi va se replier, d'une manière sécuritaire, au niveau du Moi psychique. Le corps (parfois une partie du corps) est vécu comme un objet extérieur. « Ma tête, c'est mon intérieur, mon corps c'est l'extérieur. » Les patientes anorexiques vont chercher à exercer un contrôle sur leur corps comme elles cherchent à contrôler tout objet extérieur avec lequel elles sont en lien. Sur 40 patientes anorexiques ou boulimiques à qui nous avons posé la question suivante : « Avez-vous le sentiment de chercher

à contrôler votre corps avec votre esprit comme s'il s'agissait d'un objet extérieur à vous ? », 72 % ont répondu souvent ou très souvent. 84 % répondent que parfois, ou souvent, elles ont le sentiment que certaines parties de leur corps ne leur appartiennent pas. Du fait du processus de défusionnage qui a du mal à s'opérer, le corps, perçu comme un objet extérieur, peut continuer à être représenté comme appartenant à la mère. Cette perception va s'accentuer au moment des transformations pubertaires où le corps va ressembler de plus en plus au corps de la mère : « Je veux perdre du poids pour ne pas ressembler à ma mère, pour me débarrasser de ce qui vient d'elle ». Ce clivage entre le corps et l'esprit, le resserrement sécuritaire sur le Moi psychique permet de lutter contre l'angoisse de fusion. Le resserrement sécuritaire est un resserrement identitaire.

> ***Laurie se coupe en deux pour trouver une unité***
>
> « Je tente de me séparer de mon corps pour me permettre de m'affranchir de ma mère. En rejetant mon corps, je me sépare de ma mère. Cela explique que j'ai commencé à distinguer mon corps de mon esprit au moment où le processus de séparation avec mes parents a commencé à se mettre en place. Être coupée en deux est le moyen de trouver une unité ! L'anorexie déplace la lutte entre mon désir de me séparer de ma mère et l'angoisse que ça représente pour moi vers une lutte entre l'esprit et le corps. »

Ce clivage entre le corps et le Moi psychique peut être, aussi, une stratégie de défense contre une angoisse d'intrusion. Cela est particulièrement vrai chez des patientes ayant subi une agression sexuelle.

> ***Mon corps n'est pas à moi !***
>
> Carla a vécu une effraction sexuelle à 6 ans. « Mon corps est coupé de ma tête, comme si ce n'était pas une partie de moi, il me fait chier. Si c'était vraiment le mien, ce qui est arrivé n'aurait pas dû arriver. S'il était à moi j'aurais dû pouvoir contrôler ce qui rentre et ce qui sort. Si mon corps a pu appartenir à un autre, il ne peut m'appartenir en tant que tel. Mon corps, avant de reprendre du poids, il était tout petit dans son coin et il me foutait la paix. »

Le clivage entre le corps et l'esprit va couper le sujet de ses sensations corporelles. Tout ce qui est ressenti au niveau du corps est vécu comme provenant de l'extérieur. C'est le cas, par exemple, des émotions et des sensations alimentaires, mais aussi de la douleur. À partir du moment où ces sensations sont ressenties comme extérieures au Moi, le système défensif que nous connaissons bien va se mettre en place chez ces patientes, du fait de leurs angoisses d'abandon et d'emprise et d'intrusion. Elles vont se fermer

à ces ressentis et tenter d'exercer un hypercontrôle. C'est ce que nous avons vu dans le chapitre précédent à propos des émotions et que nous aborderons dans le chapitre suivant à propos des sensations alimentaires.

Depuis le début de l'histoire de l'humanité, dans toutes les religions, le jeûne symbolise la lutte entre le corps et l'esprit. Le jeûne religieux a une dimension spirituelle de recherche du Moi. C'est ce que retrouvent ces patientes qui maigrissent. Le fait de pouvoir contrôler leur corps en maigrissant leur permet de le mettre à distance et de donner à leur esprit une dimension identitaire plus grande. Selon B. Brusset : « Le sentiment d'existence de soi et d'identité est alors recherché dans le refus. L'investissement narcissique se polarise sur la quête d'un idéal du Moi omnipotent et ascétique dont le caractère extrême creuse l'écart avec le corps. Le corps, susceptible de grossir et d'échapper au contrôle de la volonté, incarne le pulsionnel en rapport avec les objets de désir ».

## Porosité des frontières au niveau de l'enveloppe du corps

Chez les patientes anorexiques nous pouvons observer, au niveau de l'enveloppe du corps, les mécanismes de protection décrits plus haut : un resserrement sécuritaire, une solidification sous forme de durcissement de ces frontières, un mécanisme d'expulsion avec l'envie de légèreté, une fermeture avec, parfois, refus du toucher.

### Resserrement sécuritaire (ou resserrement identitaire)

> ***Catherine se sent envahie par la chair***
>
> « En maigrissant, j'ai l'impression d'être en bois, sinon je suis comme un nuage, c'est-à-dire un gaz sans limites. » « Si j'ai trop de chair, je vais me perdre, comme si ma personnalité allait être dissoute à l'intérieur de ça. » « J'ai trop de chair à gérer, ma chair, elle est aux autres. Les autres j'ai du mal à les gérer. »

Pour ces patientes qui ont des frontières corporelles mal définies, maigrir leur permet de se concentrer, de se redéfinir. « Maigrir, c'est me reconcentrer, enlever des enveloppes qui m'entourent qui m'embarrassent, qui m'empêchent d'être moi. » Laure, 16 ans, résume les choses par la formule suivante : « Être anorexique, c'est fabriquer un concentré de moi-même ».

Les patientes anorexiques ressentent ce qui vient épaissir leur silhouette (« les formes », « la graisse », « la chair ») comme de la matière extérieure, étrangère, qui vient recouvrir leur corps, les étouffer ou les déposséder d'elles-mêmes. Maigrir c'est se débarrasser d'une chair

qu'elles ressentent comme ne leur appartenant pas, comme appartenant aux autres. S'en débarrasser c'est lutter contre le sentiment d'emprise par les autres. Du reste quand Catherine dit : « J'ai trop de chair à gérer », on ne peut pas ne pas entendre : « J'ai trop de chers à gérer ».

> ***Je veux avoir la peau sur les os***
>
> « Ma peau, mes muscles, ma chair, tout ça ce n'est pas à moi, il n'y a que mes os qui sont à moi. Lorsque je ne mange pas, c'est une reconcentration, ça redéfini mon image, ça donne une image plus nette de moi. Ma limite corporelle s'arrête à mes os. C'est mon strict minimum. Au contraire, si je prends du poids, j'ai l'impression que je vais exploser, que je serais plus rien. Si je prends du poids, c'est comme si on me greffait dessus des morceaux de graisse, des rondeurs qui ne m'appartiennent pas et qui vont m'étouffer, c'est comme si de la graisse venait s'infiltrer entre ma peau et mes os. Je veux avoir la peau sur mes os. »

Se débarrasser de la chair peut être aussi un moyen de défense contre une angoisse de perte ou d'abandon. Si la chair appartient à l'Autre, s'en débarrasser, c'est s'affranchir du lien à l'autre, c'est s'affranchir de cette dépendance, c'est se débarrasser de ce que l'on risque de perdre.

> ***Le problème de la chair c'est qu'elle varie !***
>
> « La chair, c'est quelque chose qui n'a pas de forme véritable, c'est mou. S'il y en a trop, ça m'envahit, s'il y en a pas assez, ça peut me faire peur, m'insécuriser. C'est comme les autres : parfois il y en a trop, parfois pas assez. Les os, eux, ils ne bougent jamais, ça me rassure, c'est ma structure. »

Cette idée de graisse qui s'infiltre dans le corps est renforcée, actuellement, par le discours social et médiatique sur la graisse. Les images de liposuccions et lipoaspirations donnent une représentation réelle de ce qu'elles se représentent symboliquement !

### Solidification sous forme de durcissement des frontières

Une des raisons qui vont conduire les patientes anorexiques à vouloir maigrir, c'est le besoin de sentir leurs frontières corporelles plus fermes, plus solides et donc plus protectrices. Les patientes très maigres touchent souvent leurs os. Sentir des limites rigides de leur corps les rassure. L'os, c'est ce qui est solide en elles. Elles ressentent cette barrière osseuse rigide comme une protection vis-à-vis des angoisses d'intrusion, de fusion, de vidage et d'emprise. « Les os, on se cogne contre ! » « Les os deviennent des pointes, en maigrissant, je deviens comme un

hérisson ; si on s'approche trop, on se pique ! » À l'inverse : « La graisse grossit mon corps et me rapproche des gens. La graisse, ça a des trous, c'est mou, ça laisse passer ! ». Lorsqu'elles nous parlent de leurs souhaits concernant leur corps, par exemple en ce qui concerne les cuisses, sujet principal de leurs préoccupations, elles nous disent qu'elles veulent avoir un « corps ferme ». Derrière cette idée de corps ferme on ne peut pas ne pas entendre « un corps fermé ». Rendre leur corps plus ferme est une réponse aux angoisses liées à la porosité de leurs frontières corporelles. Sous une forme de syllogisme, on pourrait dire qu'elles veulent maigrir pour gagner en épaisseur. À ce propos, nous pouvons remarquer que dans la langue française, les mots qui caractérisent notre mode de relation aux autres sont des mots qui caractérisent des aspects de consistance. Par exemple, on dit de quelqu'un qu'il est mou dans son rapport aux autres, ou qu'il est ferme dans ses positions, que quelqu'un est dur, coriace, rigide face aux autres. On dit d'un autre qu'il est tendre ou souple… En fait chez les anorexiques il existe une confusion entre s'affirmer et s'affermir !

> ***Le zesteur à agrumes***
>
> Rose a fait un rêve : au début du rêve, elle doit être mariée à un homme qui ne lui plaît pas. Elle refuse, s'affirme, et choisit enfin un homme qui lui plaît. Mais elle se dit qu'elle ne peut pas l'épouser sans s'être, auparavant, épilée les longs poils qu'elle a sous les aisselles, ceci avec un zesteur à agrumes. Lors de la séance de psychothérapie, elle interprète son rêve de la manière suivante : « J'ai réussi à m'affirmer et à ne pas épouser un homme que je n'aime pas. Pour épouser l'homme que j'ai vraiment choisi il faut que j'enlève ce qui peut faire obstacle à son désir pour moi, ce qui l'éloigne de moi (les poils). Je le fais avec un zesteur à agrumes qui est un instrument qui enlève, par minces couches, la peau des agrumes, qui l'amincit pour faire le zest ». J'interprète ce rêve en lui disant que les poils représentent sa maigreur qui est une espèce de carapace protectrice qui éloigne ce qu'elle n'a pas choisi. En s'affirmant, elle peut lâcher, très progressivement, cette carapace de maigreur. Elle le fait par minces étapes avec le zesteur à agrumes. Plus Rose va s'affirmer et faire de véritables choix, plus elle va abandonner sa carapace de maigreur.

## Envie de devenir légère

Les anorexiques veulent perdre du poids pour devenir légères. Lorsque vous lirez cette phrase, vous vous direz certainement que vous avez bien fait d'ouvrir ce livre pour y trouver des pensées aussi profondes ! Plus sérieusement, il faut entendre ce désir de devenir légère comme un souhait de se débarrasser de ce qui les alourdit. Ce qui les alourdit c'est ce qui vient les charger, les lester et qu'elles ne peuvent pas filtrer du fait de

la porosité de leurs frontières. Cela rejoint ce que je disais dans le paragraphe précédent. S'alléger, c'est comme expulser à l'extérieur ce qui les envahit. Être quelqu'un de léger peut, du reste, s'entendre aussi d'une manière qui n'a pas de rapport direct avec le poids ou la silhouette. Quelqu'un de léger, c'est quelqu'un qui est détaché d'un certain nombre d'obligations, de règles, ce qui rejoint au fond la même idée.

> ***Anaïs veut devenir légère comme une plume***
>
> « Je me sens toute légère et j'aime ça. Ce qui m'alourdit, c'est ce qui rentre dans mon corps. Si je grossissais, je serais envahie par la graisse comme un viol. Je veux être comme une plume qui vole, comme si je n'avais pas de corps ; je veux être un esprit volant. Je veux être légère, pure, blanche. Il y a des choses qui lestent mon corps, qui m'alourdissent. Ce sont les contrariétés, les autres quand ils pèsent trop lourd, s'ils sont envahissants. »

Être légère comme une plume peut s'entendre aussi comme un besoin de flotter, c'est-à-dire de ne plus avoir besoin d'être portées par le sol, ce qui rejoint l'idée de s'affranchir du besoin d'être portées, de manière plus générale.

### Renforcement des frontières par les vêtements

> ***Alice est serrée dans son jean***
>
> Alice, 25 ans, vit très mal que son poids augmente, ne serait-ce que d'un kilo car, alors, elle est « serrée » dans son jean. Son jean correspond à une taille 12 ans ! « Je me sens comme un saucisson dans sa peau, j'étouffe, j'ai l'impression d'être prisonnière. » En même temps, Alice ne peut se résoudre à changer de jean. Au-delà de ce que cela représente symboliquement, pour elle, d'acheter un jean d'une taille au-dessus, elle précise le point suivant : « Quand je porte un vêtement très ample, type chemise de nuit, je ne sens rien, c'est insoutenable de ne pas me sentir tenue au niveau du ventre, des seins. Je ne sens plus les frontières de mon corps. J'ai l'impression que je vais me répandre. »

Ce que nous montre cette histoire, c'est que les anorexiques ressentent souvent leurs vêtements comme une enveloppe externe qui les recouvre et se substitue à leurs propres frontières fragiles. Ceci les renvoie à la phase fusionnelle de la relation à la mère où c'est le corps de la mère qui sert d'enveloppe protectrice. Elles se sentent étouffées dans cette enveloppe, et elles cherchent à s'en soustraire en maigrissant. Mais, en même temps, elles ne peuvent pas lâcher complètement

le contact de cette enveloppe. Ce contact a une fonction contenante et étayante. Alors, elles achètent des jeans plus petits pour qu'ils les serrent de nouveau !

### Fermeture des frontières avec le refus du toucher

La peau est une interface extrêmement importante entre les objets externes et notre monde interne. Le toucher, comme la fonction orale et digestive, est un mode de relation aux autres qui joue un rôle fondamental dès les relations d'objet les plus archaïques.

Pour beaucoup de patientes anorexiques ou boulimiques le contact corporel, les caresses sont extrêmement problématiques. Sur un échantillon de quarante patientes anorexiques et boulimiques, environ 87 % disaient éprouver des difficultés plus ou moins importantes à être touchées. Chez certaines, on peut parler d'une véritable phobie du toucher. Cela peut se comprendre comme un refus du lien caractéristique de ces problématiques. Mais ces difficultés peuvent se comprendre, aussi, comme une défense par fermeture du fait d'une angoisse importante de porosité des frontières cutanées. Certaines ont véritablement le sentiment que leur peau est poreuse. J'ai évoqué plus haut le cas de Dominique qui ne pouvait pas se baigner dans une piscine avec le sentiment que l'eau salie par les autres pouvait rentrer dans son corps. Je peux citer le cas de Camille qui est dénutrie et qui a toujours froid (ce qui est lié !) et qui verbalise lors d'un entretien : « Le monde extérieur est froid, le vent pénètre à l'intérieur de moi, la seule température qui ne m'agresse pas, c'est 37° C ». On voit bien comment, pour elle, sa peau ne constitue pas une enveloppe protectrice. Elle n'a pas d'enveloppe propre. Le moment de notre vie où l'on ne supporte pas de températures inférieures à 37° C, c'est dans le ventre de notre mère ! Ce sentiment de peau poreuse est complètement lié, comme je l'ai expliqué plus haut, au sentiment de ne pas pouvoir poser une limite solide entre l'extérieur et nous.

La fermeture au toucher peut se comprendre à la fois comme un refus du lien de peur de la dépendance, mais aussi comme une défense vis-à-vis de l'angoisse d'intrusion. Du reste, les blocages les plus importants vis-à-vis du toucher se retrouvent chez les patientes qui ont subi des intrusions sexuelles : « Je déteste les câlins, je déteste qu'on me touche, c'est une agression, c'est comme si l'on me faisait mal à la peau ».

## Porosité des frontières corporelles au niveau de la bouche et de l'appareil digestif

La bouche et l'appareil digestif représentent une frontière essentielle entre notre monde interne et l'extérieur. Dès la naissance, c'est l'un des premiers lieux d'échange entre le bébé et sa mère. La bouche est l'un des premiers lieux de passage entre le dehors et le dedans. C'est par la

bouche que l'enfant va incorporer ce qui lui vient de sa mère. La nourriture va représenter, pour lui, le lien maternel. Si ce lien a été vécu comme apaisant, sécurisant, non intrusif, non toxique, la nourriture gardera, tout au long de la vie, cette valeur réconfortante. À l'inverse, si le lien primaire à la mère a été vécu comme insécure ou intrusif, la nourriture restera chargée de cette valeur-là. Avoir besoin de nourriture est alors vécu comme quelque chose d'angoissant, d'où la tentative de se passer de ce besoin. Au-delà de la bouche, c'est l'ensemble de l'appareil digestif qui va jouer un rôle de frontière entre le dehors et le dedans. En effet, c'est par la digestion que nous allons pouvoir transformer l'aliment brut en aliment assimilable, garder ce qui est bon pour nous et expulser ce qui ne nous est pas utile (voire ce qui peut nous être toxique). L'appareil digestif joue, comme toute frontière, un rôle de filtre. Encore une fois, ce qui se joue dans cette fonction n'a pas à voir, uniquement, avec la fonction alimentaire de la nourriture, mais plus largement avec sa valeur affective, avec ce qu'elle représente symboliquement en tant qu'objet extérieur que l'on peut incorporer.

La porosité des frontières corporelles du Moi va se traduire, à ce niveau, par la représentation d'une insuffisance de digestion, ou par l'angoisse d'une digestion non contrôlable. La fonction digestive est représentée comme incapable de jouer correctement son rôle de filtre.

> ***Fabienne ne digère plus***
>
> « Si je garde un repas, ça me bouffe de l'intérieur, comme si c'était de l'acide qui allait tout brûler à l'intérieur, j'ai peur d'empiler les choses, comme si j'allais devenir un monstre ; il n'y a pas de digestion. » Outre des vomissements provoqués, elle essaye tous les jours d'expulser ses selles avec les doigts : « Si j'aide pas, ça va pas sortir, ça me changerait de l'intérieur, comme si c'était là pour me faire du mal ».

Du fait de ce sentiment d'une insuffisance de digestion, l'angoisse majeure des anorexiques est celle d'une nourriture « toxique » qui rentrerait à l'intérieur de leur corps et menacerait leur intégrité. Pour elles, la nourriture qu'elles ingèrent est une nourriture qui s'insère. Insérer veut dire : qui rentre à l'intérieur, qui va faire partie intégrante de ce dans quoi l'objet est placé. Dans l'idée d'insertion, il y a une idée d'accrochage. L'angoisse d'une nourriture qui s'insère correspond à l'angoisse d'intrusion dont je parle depuis le début de ce travail.

> ***Juliette ne va pas se laisser faire par la nourriture***
>
> « Il faut que je fasse quelque chose face à la nourriture. Il faut que j'aie une attitude active (restriction, boulimie, purge), je ne vais pas me laisser

> faire ! Comme si la nourriture c'était une espèce d'ennemi. La nourriture, c'est comme un intrus, un intrus qui ne devrait pas être là. Le corps ne peut pas digérer un intrus. J'ai peur que la nourriture me transforme, j'ai peur de la monstruosité liée à la nourriture. Si la nourriture était bonne, elle glisserait, ne déformerait pas mon corps. »

La représentation d'une digestion qui jouerait mal son rôle de filtre et le fait de ne pas pouvoir contrôler cette digestion conduit à une angoisse d'intrusion et de transformation par l'objet. La difficulté est grande, car ces angoisses vont être renforcées par des éléments de réalité. La dénutrition importante et prolongée, les vomissements à répétition, vont conduire à une insuffisance de digestion, cette fois tout à fait réelle. De plus, la fonte musculaire qui accompagne la dénutrition va concerner, aussi, la musculature abdominale. Le ventre se gonfle à chaque prise alimentaire du fait de la lenteur digestive, mais aussi parce que la paroi abdominale ne limite plus cette « déformation » induite par l'ingestion d'aliments. D'autre part, lorsque Juliette dit : « J'ai peur que la nourriture me transforme », c'est effectivement ce qui va se passer au niveau du corps. En effet, les patientes amaigries vont être confrontées à une expérience à laquelle, en tant qu'adultes, nous ne sommes habituellement pas confrontés : la nourriture va les transformer, elles vont reprendre du poids, elles vont changer de silhouette.

Nous allons voir maintenant quels sont les mécanismes défensifs mis en place du fait de l'angoisse relative au sentiment d'insuffisance de digestion.

## Fermeture des frontières

Nous avons vu, plus haut, que lorsqu'une frontière n'arrivait pas à réguler correctement ce qui rentrait à l'intérieur, il pouvait être mis en place une fermeture plus ou moins totale de cette frontière, ou des mesures d'expulsion. Du fait d'un filtre digestif qui est représenté comme insuffisant, les anorexiques vont se protéger de leurs angoisses vis-à-vis d'une nourriture qu'elles ressentent comme « toxique » en fermant la bouche. Être anorexique, c'est fermer sa bouche ! « Ma bouche, c'est une barrière qui sert à me protéger des autres, de leurs envahissements, il y a que les légumes qui passent. »

Mais parfois, nous le savons, ces patientes ouvrent largement leur bouche ! Ce sont les crises de boulimie. Comment comprendre ce qui apparaît comme un paradoxe au regard de ce que nous venons de dire ? Nous pouvons retenir deux hypothèses :

- ceci est en rapport avec la position ambivalente de dépendance, et de lutte contre cette dépendance vis-à-vis des objets d'attachement, qui caractérise ces problématiques ;

• quand l'anorexique ferme sa bouche pour mettre une barrière face à une nourriture qui peut être vécue comme toxique, et que d'autre part elle ouvre sa bouche pour engloutir une grande quantité de nourriture, il ne s'agit pas de la même nourriture. Ce n'est pas la même nourriture, non pas sur le plan alimentaire, mais sur le plan symbolique. La nourriture « toxique » est celle qui renvoie à la mère réelle qui a été ressentie comme insécure ou intrusive. Au moment des crises de boulimie, la nourriture ingérée représente la « mère idéale » qui comble tous les manques et anesthésie toutes les émotions négatives.

> ***Dominique, son ventre et sa mère***
>
> « Ma mère n'était pas assez rassurante et elle ne me touchait pas, elle ne me regardait pas assez. En même temps, ma mère elle me gavait ! Elle s'occupait trop de ma vie. C'est comme si elle était, toujours, à côté de moi. Quand je me remplis de nourriture jusqu'à ce que je sente mon ventre très plein, je me remplis de ma mère. Mais pas de la vraie ! Je me remplis de la mère aimante que j'aurais voulu avoir. En même temps, quand je remplis mon ventre de nourriture, c'est pour ne plus laisser de place à ma mère. Je suis pleine, il y a plus d'espace pour qu'elle rentre. Là, c'est de celle qui me gavait dont je parle. »

## Expulsions

Il est fréquent que ces patientes absorbent, selon elles, trop de nourriture, que ce soit par perte de contrôle vis-à-vis de règles restrictives qu'elles ont posées (*cf.* Chapitre 6), ou du fait d'une crise de boulimie. Pour elles, c'est comme s'il n'y avait pas de digestion, pas de mécanismes biologiques de régulation du poids. Tout ce qu'elles ont mangé « en plus » va s'insérer dans leur corps et le déformer. Il ne leur reste pour se « dénourir » que la solution de l'expulsion ! Les expulsions, ce seront bien sûr toutes les formes de purge, en particulier les vomissements et les abus de laxatifs. À côté des purges par vomissements, il existe un type de conduite qui illustre très bien ce sentiment d'absence de digestion, c'est ce que j'appellerai le « syndrome de la chasse d'eau » : un certain nombre de patientes boivent des quantités d'eau très importantes afin de mieux éliminer ce qu'elles ont ingéré.

> ***Lucile utilise la chasse d'eau***
>
> Lucile accompagne ses prises alimentaires de consommation importante d'eau : « Comme cela, les aliments ne rentrent pas directement en contact avec mon ventre, ils tombent dans l'eau. Après, ils seront emportés par l'eau, comme une rivière qui nettoie, ils ne resteront pas accrochés à moi ». Il est clair que, pour elle, il n'y a pas de digestion naturelle !

De plus, comme je l'ai dit précédemment : plus elles vomissent et moins elles digèrent, un cercle vicieux s'installe rapidement renforçant ce sentiment de frontière poreuse qui ne joue pas son rôle. C'est ce que me dit un jour Marina : « Plus je mange et je me fais vomir, plus ça me troue ».

## Clivage des aliments en aliments amis et en aliments toxiques

Dans la mesure où ces patientes ont le sentiment que leur corps ne peut pas jouer un rôle de filtre qui permettrait de ne retenir que ce qui est bon pour elles, et de rejeter ce qui est toxique, elles vont séparer les aliments en deux catégories : « les aliments amis » et « les aliments toxiques ». Elles vont, alors, chercher à évincer ceux qui sont « toxiques » et absorber, d'une manière extrêmement contrôlée, ceux qui sont « amis ». Nous reviendrons plus longuement sur ce point dans le chapitre consacré à la restriction cognitive. Mais je voudrais simplement souligner dans ce chapitre consacré aux frontières du Moi que cette séparation entre les aliments « amis » et « toxiques » ne s'effectue pas uniquement en fonction de critères caloriques ou diététiques mais, aussi sur des critères symboliques fort intéressants à étudier. La représentation de la nourriture comme « toxique » peut se comprendre par le fait que l'objet nourriture représente symboliquement les objets d'attachement primaires qui ont pu être vécus comme « toxiques », car non sécurisants ou intrusifs. C'est ce qu'illustre très bien une phrase souvent répétée par une patiente : « Il n'y a pas que des bonnes choses dans le lait maternel ! ».

Si vous êtes thérapeutes de patientes anorexiques je vous recommande de travailler, en thérapie, sur leur classification entre aliments « amis » et « toxiques ». Voici quelques exemples :

- les aliments « amis » de Dominique appartiennent uniquement à la cuisine chinoise ou japonaise. Dominique est cette patiente qui ne pouvait pas manger de la nourriture touchée par sa mère. Elle est pratiquement allée chercher de la nourriture « amie » aux antipodes géographiques de sa mère ! « Cette nourriture, je suis sûre qu'elle est différente de la sienne, ce ne sont pas les mêmes ingrédients ! » ;
- les aliments « amis » de Catherine sont des aliments très forts en goût. « Comme ça, je les sens quand ils rentrent dans mon corps, ils ne peuvent rentrer à mon insu » ;
- pour Lucile l'aliment « toxique » c'est la viande : « Je ne peux pas manger de viande, c'est de la chair, c'est un corps étranger, c'est quelque chose qui en s'introduisant dans mon corps s'assimile avec ma propre chair. Plus l'animal est gros, moins j'arrive à manger » ;
- les aliments « toxiques » de Florence sont ceux qui sont très colorés : « Ils sont très différents de moi, ils font tache quand ils sont dans mon ventre ! », « C'est quelque chose d'imposé, imposé par la nature, tant que je peux résister au fait qu'ils rentrent dans mon ventre, je résiste » ;

- les aliments « amis » d'Estelle sont les sucres rapides : « Ils sont rapidement utilisés, ils ne restent pas longtemps dans le corps » ;
- les aliments « toxiques » de Nathalie sont les aliments chauds. « Je ne peux pas laisser rentrer quelque chose de chaud en moi, quelque chose qui me réchauffe. Ça fait penser au lait maternel. La relation avec ma mère m'a fait tellement de mal que je préfère me passer de ce qui pourrait m'apporter de la chaleur ».

Nous voyons bien dans ces exemples que l'éviction des aliments toxiques est corrélative à ce sentiment d'une digestion qui opérerait de manière insuffisante son rôle de filtre.

### Autre type de fermeture des frontières

Il s'agit de la fermeture de la frontière intestinale et anale. Cette frontière peut être fermée, là encore, du fait d'un sentiment de frontières du Moi corporel fragiles et poreuses. L'angoisse qui conduit à ce mécanisme défensif de fermeture peut être, là aussi, une angoisse d'intrusion mais le plus souvent il s'agit d'une angoisse de se vider de quelque chose d'intime, de perdre une partie de soi qui ne serait pas contenue par les frontières poreuses. Cette partie de soi perdue deviendrait « publique », exposée au regard de l'Autre.

> ***L'anisme de Judith***
>
> Judith souffre d'anisme qui est une contracture du sphincter anal, ce qui équivaut au vaginisme lorsqu'il y a fermeture par contracture du vagin. Cet anisme est associé à une constipation importante.
> « C'est une protection, pour retenir, pour ne pas montrer ce qui sort de moi, pour ne pas perdre quelque chose qui m'appartient. Lorsque je suis avec ma mère, je suis encore plus constipée. Ma mère est intrusive, j'ai besoin de garder les choses pour moi. »

J'ai observé des phénomènes d'anisme chez plusieurs patientes anorexiques. On sait que les patientes anorexiques sont très souvent constipées. Il est clair que cette constipation est due, en partie, à une insuffisance d'apports alimentaires, au ralentissement du transit intestinal du fait de la dénutrition et de la fonte de la musculature lisse. Mais cette constipation peut se comprendre autrement, comme une fermeture d'une frontière digestive entre le monde interne et l'extérieur. C'est une fermeture défensive vis-à-vis d'une angoisse de perte.

## Porosité des frontières corporelles au niveau de l'image du corps

L'image du corps, c'est la représentation que nous avons de notre propre corps et l'idée que nous nous faisons de l'image que les autres en

ont. Nous sommes dans une société où l'apparence physique est extrêmement importante, et où comme l'écrit F. Hostein (2005), « Le bien-paraître commande le bien-être ». Le narcissisme est conditionné par l'image que les autres vont avoir de nous. Notre identité est liée à l'image que nous donnons.

Chez les patientes anorexiques, la porosité des frontières corporelles va se traduire, au niveau de l'image du corps, par l'angoisse d'être transparente. Cette angoisse d'être transparente doit être considérée selon deux sens : le premier sens de transparent c'est d'être invisible. Quelque chose de transparent, c'est quelque chose que l'on ne voit pas. L'angoisse des patientes d'être invisibles rejoint, là, leur peur d'être abandonnées. Le deuxième sens de transparent c'est que l'on puisse voir à l'intérieur. Un objet transparent est un objet dont on voit l'intérieur. L'angoisse, ici, est celle d'une limite mal définie entre le public et l'intime. Cela renvoie à l'angoisse d'intrusion. Cette angoisse des anorexiques d'être transparentes, selon ces deux significations, est très bien résumée par une phrase de Ph. Jeammet : « Si elles ne sont pas vues, elles se sentent sans valeur et dès qu'elles sont vues, elles se sentent menacées d'intrusion ».

Nous allons voir comment, de la même manière que ce qui se passe au niveau des autres frontières, elles vont développer des défenses afin de lutter contre cette angoisse de transparence. Je vais développer l'idée que la maigreur est comme une seconde peau, parfois une carapace, pour lutter contre l'angoisse d'être transparente. Cela correspond au mécanisme d'épaississement des frontières dont j'ai parlé, plus haut. La maigreur va leur servir, parfois à être vues, parfois au contraire à ne pas l'être.

## Maigrir pour montrer un corps parfait

Il est aujourd'hui tout à fait clair que lorsque l'on parle de « corps parfait » cela implique, pour une femme, une exigence extrême de minceur. Nous sommes dans une société où la valeur accordée aux femmes est inversement proportionnelle à leur poids. Nous retrouvons, sur ce point, l'influence majeure de la pression médiatique de la mode. Il est présenté aux jeunes filles des idéaux corporels qui sont, très nettement, du côté de la maigreur. Un certain nombre de patientes cherchent à coller de manière la plus parfaite possible à ces idéaux. Du fait d'un schéma de perfectionnisme très important, elles ont le sentiment qu'en étant les plus « parfaites » possible elles seront plus aimées, moins transparentes.

### *Les cuisses de Véronique*

Véronique a vécu, au moment de l'adolescence, des séparations douloureuses avec des copines. Ces séparations ont, certainement, fait écho à des angoisses de séparation de son enfance. Aujourd'hui, elle est étudiante.

Elle a peur de ne pas arriver à se faire de nouvelles amies en intégrant une nouvelle école. Elle ne s'apprécie pas, physiquement. Elle a le sentiment d'avoir peu de poitrine et que, proportionnellement, ses cuisses sont trop rondes. Elle va chercher à modifier sa silhouette. « Je me suis aperçue que les autres parlaient plus à celles qui étaient parfaites physiquement. » Elle a voulu perdre du poids en se disant que, ainsi, ses cuisses seraient proportionnellement en accord « avec le haut ». Malheureusement, la fonte du bas s'est accompagnée de la fonte du haut dans les mêmes proportions. Véronique, entraînée par son perfectionnisme, s'est mise à fondre, sans fin, en quête de la juste proportion.

Cette minceur extrême, souvent cette maigreur, n'est pas désignée comme un objectif de perfection uniquement pour des critères esthétiques. Cela tient aussi au fait que ce corps idéalement mince est censé témoigner de qualités de maîtrise et d'efficacité extrêmement valorisées dans notre société, comme nous l'avons vu dans un chapitre précédent. La grosse, c'est celle qui se laisse aller, qui n'a pas de volonté, qui est faible, avec peu de valeur.

### *La mère de Solenne : une héroïne anorexique*

La mère Solenne a été anorexique avant d'avoir sa fille. Dès le plus jeune âge de Solenne, elle lui a parlé de cette période de sa vie. Solenne s'est progressivement représenté sa mère comme une héroïne qui avait mené un combat contre la faim que peu de jeunes filles étaient capables de conduire. Elle était plus forte que les autres. C'était un modèle de courage, de contrôle. À 12 ans, Solenne avait deux héroïnes : sa mère et Valérie Valère dont elle avait lu à plusieurs reprises le livre *Le pavillon des enfants fous*. Aujourd'hui Solenne est boulimique : « J'ai raté ce que ma mère a réussi ». Mais ses conduites de purge lui permettent de maintenir un indice de masse corporelle à 15. C'est « une demi-réussite, une demi-performance » si elle se compare aux héroïnes de sa période pubertaire.

### *Raphaëlle ne veut pas être une « grosse vache »*

Écoutons Raphaëlle : « Je ne veux pas être une grosse vache. Une vache, c'est dans son pré, complètement passive. Elle appartient à son paysan, elle ne décide de rien pour sa vie. Le paysan, il fait d'elle ce qu'il veut. Il l'a remplie (lorsqu'elle porte un veau, on dit qu'elle est pleine), il la vide le soir par la traite. La seule chose qui l'intéresse, la grosse vache, c'est de manger et ruminer ».
Avec cette histoire d'être remplie et vidée, nous voyons comment la problématique de la porosité des frontières se pose de manière cruciale pour les vaches ! C'est peut-être pour ça que Raphaëlle ne veut pas en être une !

Avoir un corps parfait c'est aussi un moyen de lutter contre l'angoisse d'être transparente, au sens où transparente signifie que l'on voit à travers. Maigrir est un moyen de donner à voir un corps « parfait » sur lequel le regard de l'autre s'arrêtera, sans aller au-delà.

> ***Chloé cherche à être une image de papier glacé***
>
> « Si j'ai un corps parfait, si je suis très mince, on ne peut pas m'attaquer là-dessus. C'est une façon de me protéger. Les mannequins sont en photos sur des magazines en papier glacé. Comme ça, le regard glisse sur le papier glacé, on ne sait pas qui elles sont, ce qu'elles pensent. »

## Maigrir pour montrer un corps différent

Il existe deux manières de réduire l'angoisse d'être transparente, au sens d'être invisible : soit être parfaite, c'est ce que nous venons de voir, soit être différente. Nous retrouvons l'idée que la maigreur est une seconde peau permettant de ne pas être invisible, cette fois-ci, en étant différente. La maigreur va donner aux anorexiques une exceptionnalité. En fait, elles vont maigrir pour prendre plus de place !

Mais de qui veulent-elles se différencier ?

Tout d'abord, des autres en général. Leur maigreur va leur donner une identité sociale à laquelle elles vont s'agripper, de peur de se « fondre dans la masse » comme elles le disent, souvent. Cette expression souligne bien leur angoisse de fusion, de perte identitaire liée à la porosité de leurs frontières corporelles.

> ***Mounia a peur de se dissoudre dans la normalité***
>
> « Si je reprends du poids, je vais me perdre, je ne vais plus me reconnaître. Si je reprends du poids, je serais comme tout le monde, je me fondrai dans la foule, personne ne fera attention à moi, je n'existerai plus. J'ai peur de me dissoudre et de disparaître, comme un cachet effervescent. J'ai le sentiment qu'être un individu à part, c'est être un individu à part entière. » « Être comme tout le monde c'est être seule. »

La maigreur est aussi un moyen pour ces jeunes filles de se différencier de leur mère. Quand le processus d'individuation séparation ne s'est pas opéré suffisamment nettement, lorsque la défusion à la mère est insuffisante, les frontières corporelles sont fragiles avec l'angoisse, au niveau de l'apparence, d'avoir le même corps que la mère. C'est une angoisse de ne pas avoir de singularité vis-à-vis d'elle. « Je ne veux pas reprendre de poids car je ne veux pas ressemble à ma mère, je ne veux pas m'inscrire dans sa lignée, alors que, jusque-là, j'ai réussi à m'en démarquer. » Cette angoisse se réactive au moment de la transformation

pubertaire. Ceci est, certainement, une des explications de l'apparition fréquente des troubles alimentaires à cette période.

Maigrir, c'est se différencier des idéaux sociaux. Parmi les poncifs que l'on entend souvent à propos de l'anorexie mentale, on retrouve l'idée que s'il y a autant de jeunes filles anorexiques c'est qu'elles veulent ressembler aux mannequins à la mode. En réalité, les choses sont beaucoup plus complexes. En effet, pourquoi ces jeunes filles qui sont capables de maîtriser leur poids vont descendre à un poids, à un état de maigreur, beaucoup plus important que celui des mannequins ? Si elles n'avaient comme objectif que celui de leur ressembler, alors elles s'arrêteraient au même poids ! Comme le dit C. Durif-Brucker (2007), elles dépassent le modèle, et c'est cela qui pose question. Pour ma part, je pense que l'on retrouve, là, un des paradoxes de ces pathologies. Ces jeunes filles cherchent, à la fois, à être dedans et à ne pas y être, à obéir tout en désobéissant. Je vais m'expliquer. Dans une société qui exerce sur les jeunes femmes une pression normative voulant imposer un corps socialement idéal correspondant à celui des mannequins, faire en sorte d'avoir un poids encore plus bas est une manière de s'inscrire dans ce qui est valorisé, tout en se dégageant de cette emprise sociale en affichant une singularité. « Je veux être la petite mince, ça me définit. Je ne veux pas être un standard mannequin. Ça serait se plier au désir de l'autre, se plier à l'idéal social. » Maigrir est une manière de ne pas se conformer à cet idéal social, tout en se positionnant d'une manière qui suscite une forme de fascination, de compassion, de reconnaissance. Ce ne serait pas le cas si elles s'étaient dégagées de l'idéal social en prenant beaucoup de poids. Cette recherche d'atteindre un corps parfait en référence à leurs critères, et non pas en fonction de ceux des autres, du désir des autres, des critères de la société, correspond à mon sens à une position d'autosuffisance narcissique : « Ma valeur dépend du regard que je porte sur moi, avec mes critères et ne dépend plus du regard de l'autre ».

Maigrir, c'est aussi montrer aux autres qu'elles sont capables de faire ce que les autres ont tant de difficulté à faire. Elles sont les meilleures dans ce domaine tellement valorisé. Maigrir peut être un moyen « d'en mettre plein la vue ». C'est aussi une manière d'éviter une comparaison aux autres. Elles ont une estime d'elles-mêmes fragile, elles pensent que les autres sont toujours mieux. En étant très différentes elles ne peuvent plus être comparées : « Regardez, si je ne réussis pas aussi bien c'est parce que je suis malade ».

La maigreur est aussi un moyen, pour elles, de se différencier de l'image d'enfant idéal et en bonne santé que les parents attendent. Nous allons retrouver, là encore, la problématique centrale dans ces pathologies avec une défense vis-à-vis d'une angoisse d'abandon et une défense vis-à-vis d'une angoisse d'emprise et d'intrusion : la peur d'être abandonnées car trop transparentes va les conduire à interpeller les parents là où elles ont

le plus de chance de les toucher. En effet, de quoi un parent a-t-il le plus peur, si ce n'est que son enfant tombe gravement malade avec le risque de mourir. C'est un moyen, aussi, d'être rassurées sur l'attachement des parents : elles vont guetter dans le regard des parents une anxiété qui les persécute, mais aussi qui les rassure. C'est une façon de demander de l'amour sans en demander.

> ***Le plaisir d'inquiéter***
>
> « J'ai peur de reprendre du poids et que les gens me disent que je n'ai plus besoin d'aide. Je n'ose pas demander de l'aide ou de l'affection, il faut que ça vienne d'eux-mêmes ! Si je demande, j'ai peur qu'ils ne répondent pas. J'ai peut-être peur, aussi, qu'ils répondent et que je sois dépendante d'eux. Je préfère le plaisir d'inquiéter. »

Mais maigrir est aussi un moyen de se dégager d'un sentiment d'emprise parentale. L'image donnée à voir de maigreur est un moyen de sortir de cette identité de fille « sage comme une image ». C'est un moyen d'être reconnues dans leur singularité. « Mes parents me trouvaient jolie, avant. Maigrir est un moyen de leur montrer que je ne suis pas à eux. »

> ***Les gentils et les méchants***
>
> « Maigrir, c'est pour que les gentils s'inquiètent et s'occupent plus de moi et pour repousser les méchants qui vont se cogner contre les os, et qui ne m'obligeront plus à faire ce qu'ils veulent. »

### Maigrir pour que les autres ne voient pas à l'intérieur

Nous avons vu, plus haut, que la porosité de leurs frontières corporelles fait que les anorexiques ont l'angoisse d'être transparentes, au sens où l'on verrait à l'intérieur d'elles. Maigrir est un moyen de se protéger de l'angoisse d'intrusion par le regard de l'autre. La maigreur (comme le surpoids chez des patientes ayant d'autres troubles alimentaires) est vécue comme une carapace qui ferait écran face au regard de l'autre, vécu comme intrusif. Ce sentiment de carapace tient, nous l'avons vu plus haut, au côté ferme, fermé, de cette nouvelle enveloppe. Maigrir, c'est aussi réduire une surface de contact visuel vécue comme trop perméable.

> ***Amandine veut s'écraser face à sa mère***
>
> « Avec ma mère, j'aimerais bien m'écraser. Il y a des choses que j'aimerais bien ne pas lui dire, les garder pour moi. Ma mère est trop envahissante, intrusive, elle perce ce que je ressens. »

Lorsque Amandine dit : « Je veux m'écraser », il faut entendre, bien sûr : « Je veux me taire », mais aussi : « Je veux me rétrécir, diminuer ma surface d'échange avec elle ». C'est ce que fait Amandine en ayant un IMC à 14 ! Lorsqu'Amandine dit : « Elle perce ce que je ressens », on perçoit bien le sentiment de porosité de ses frontières face à sa mère.

Donner à voir la maigreur, c'est aussi une manière de fixer le regard de l'autre pour ne pas lui montrer autre chose. C'est une manière de montrer quelque chose d'intime, sans tout montrer. À ce titre, je pense que la maigreur peut être comparée à un blog. Faire un blog où l'on parle de soi, c'est rendre publique une partie de soi, c'est se montrer aux autres, ne pas être invisible, mais c'est aussi donner à voir uniquement ce que l'on veut bien montrer. Dans un blog, on ne livre de soi que ce que l'on veut bien livrer, on peut se cacher derrière plein de choses et il existe toujours la possibilité de réglementer l'accès au blog. On peut choisir à qui, et comment, on ouvre les portes de son intimité. Je pense qu'il en est de même pour la maigreur recherchée par les patientes anorexiques : C'est un « journal extime » pour reprendre, comme on le fait aujourd'hui à propos des blogs, le néologisme de Michel Tournier. Un « journal extime » pas complètement transparent. Elles donnent à voir leur maigreur pour cacher autre chose : « Je vous occupe avec ça ! ». C'est le cas de Laurianne qui va parler longuement de ses conduites anorexiques dans une des émissions les plus regardées de la télévision. Elle ne parlera pas, en revanche, des viols répétés qu'elle a subis à une période de sa vie. : « Je parle de l'anorexie pour ne pas parler de ce qui est vraiment important ».

En résumé, je dirai que maigrir est une manière de contrôler le regard des autres. C'est contrôler par l'image. C'est à la fois rechercher ce regard, cette attention, et en même temps s'en protéger et ne pas en dépendre.

## Porosité des frontières au niveau du corps sexué

Avant d'évoquer les limites sexuées qui existent entre nous et les autres, je voudrais tout d'abord dire un mot d'un symptôme toujours associé à l'amaigrissement : l'aménorrhée. Du fait de la porosité des frontières corporelles, les règles peuvent être vécues comme une fuite orificielle, avec une angoisse de perte, de vidage. D'une manière non contrôlable, quelque chose s'échappe du corps. L'aménorrhée peut se comprendre, alors, comme une fermeture de cette frontière corporelle. Ceci au même titre que l'anisme dont j'ai parlé, plus haut, à propos des frontières digestives. Ce n'est pas bien entendu la seule explication de ce symptôme mais c'est, à mon sens, une dimension importante.

**Sexualité féminine**

Les frontières du corps sexué sont les interfaces sexuées entre nous et les autres. B. Brusset rappelle (2008) que « la sexualité génitale féminine, davantage que la sexualité masculine, implique l'intérieur du corps, le rapport dedans-dehors, contenant-contenu (la grossesse), d'une manière qui met en jeu le conflit activité-passivité ». Il est, de ce fait, cohérent de retrouver à ce niveau chez les patientes anorexiques et boulimiques le concept de porosité des frontières avec les angoisses de fusion et d'intrusion qui y sont inhérentes.

## Épaississement des frontières du corps sexué

Le corps sexué, c'est un corps qui peut susciter du désir chez l'autre. Certaines patientes anorexiques ou boulimiques ont le sentiment que si elles laissent voir leurs formes de femmes, elles vont provoquer un désir chez les hommes et qu'elles devront se soumettre à eux. Ce sont la plupart du temps des jeunes filles qui ont subi des agressions sexuelles, ou bien qui ont vécu des situations intrafamiliales où la relation à l'un des parents était ressentie comme pseudo-incestueuse et intrusive. Pour elles, montrer des formes de femmes, c'est être en position d'objet vis-à-vis du désir des hommes. Leurs formes féminines sont vécues comme des frontières ouvertes, ouvertes à l'intrusion des hommes.

Nous allons reprendre l'idée que la maigreur est une seconde peau qui vient épaissir une frontière trop transparente qui laisserait voir, ici, qu'elles sont désirables. Elles vont maigrir pour ne pas montrer qu'elles sont des femmes désirables. Je disais, plus haut, à propos de l'image du corps que la maigreur était une façon d'être vue sans être vue, de la même manière je dirai, ici, que la maigreur est une manière d'attirer le regard sans être attirante.

Illustrons ceci par deux vignettes cliniques.

### *Être anorexique pour ne pas être une pute*

« J'ai toujours aimé les corps androgynes. Une femme avec des formes, ça me fait penser à quelque chose de sale, de dégoûtant, à une pute. Une pute, c'est quelqu'un qui se donne ouvertement, qui prend son corps pour un objet, qui accepte que son corps soit un objet pour les hommes. Une pute, c'est une femme qui n'a pas de limites, pas de barrières. »

Sabrina s'habille de manière très féminine. « Mais les vêtements, on peut les mettre dans le placard, si l'on veut. C'est une seconde peau, mais maîtrisable. Je peux l'enlever quand je veux si elle suscite trop de désir. Un jour j'étais très dévêtue, avec une jupe très courte. J'ai senti que les hommes pensaient que j'étais mettable. » C'est-à-dire qu'elle était facilement pénétrable…

Nous voyons bien chez Sabrina l'angoisse d'intrusion liée au fait d'être désirable. On voit combien ses limites corporelles lui apparaissent comme non protectrices, comme ouvertes au désir de l'autre. Elle met des enveloppes protectrices en maigrissant ou en se couvrant de vêtements, aussi féminins fussent-ils.

### *Même pas mal !*

Sabrina a subi, à l'âge de 12 ans, des attouchements par un oncle. Quelques années plus tard, son petit copain l'a obligée, avec violence, à avoir régulièrement des rapports sexuels avec des amis à lui. Parfois, ils étaient plusieurs à abuser d'elle.

Aujourd'hui, elle vit avec le père d'un de ses enfants, elle ne l'aime plus. Mais, sans logement et sans ressources, elle n'a trouvé d'autre solution pour vivre décemment. Il la contraint, quotidiennement, à des rapports sexuels non désirés. Elle se trouve dans une répétition où, pour ne pas subir la violence de l'autre ou pour survivre, elle endure des rapports sexuels qu'elle ne désire pas. Elle maigrit de plus en plus : « Si je n'ai plus de poitrine, que mes fesses sont plates, que je n'ai plus de formes, il ne me désirera plus, il me laissera tranquille, les autres hommes avec lui ». En réalité, c'est le contraire qui s'est passé. Son amaigrissement trop important lui a enlevé, progressivement, toutes ses forces. Épuisée, elle a recommencé à se taire et à se laisser faire, livrant à cet homme un corps, certes sans formes, mais, surtout, sans résistances. La maigreur, en tant que seconde peau, ne lui a procuré qu'une illusion éphémère de protection.

Très curieusement, cette jeune femme qui cherchait à éloigner les hommes arborait toujours une tenue vestimentaire très sexy, voire provocante. Alors que d'autres jeunes femmes ayant les mêmes difficultés recouvrent leur maigreur de vêtements très asexués, elle ressemblait plus à une prostituée qu'à un épouvantail à hommes. Il a fallu plusieurs séances de thérapie pour qu'elle puisse comprendre que, ainsi, elle voulait cacher ce qui se passait dans sa vie avec les hommes. « Comme ça, on peut pas savoir que j'ai été traumatisée par les hommes, que j'en ai très peur, que je ne sais pas me défendre, face à eux. C'est une façon de leur dire : Même pas mal ! »

Ses tenues provocantes étaient une manière, particulière, de ne pas être transparente.

Éveiller du désir chez un homme, c'est aussi prendre le risque qu'un lien se crée avec cet homme et de revivre des angoisses de dépendance et d'abandon. Un certain nombre de patientes anorexiques ou boulimiques évitent, pour cette raison, tout lien amoureux de peur qu'il se termine. Ou bien elles vont peu s'investir affectivement dans les relations qu'elles

vivent. Elles vont rester très « légères » dans leurs amours. Ce n'est pas la première fois que nous remarquons que les anorexiques veulent rester légères ! Je vous invite à lire ce qu'écrit Edith, qui présente une anorexie sévère avec des crises boulimiques suivies de vomissements.

« La séduction boulimique »
*Simple soif de plaire et désir de séduire,*
*Faim de l'autre enchanteur et d'un présent sourire,*
*Pour enfin reconnaître un peu d'affection,*
*Ressentir en son être un peu d'émotion.*
…
*Mais bien vite retrouver cette lucidité,*
*Égarée en chemin à côté d'un rosier,*
*Qui s'y frotte s'y pique, la voilà de retour,*
*Cette lucidité qui nous joua des tours.*
*Rejeter vite, alors cette digne présence,*
*Prête pour partager chacun de nos cinq sens,*
*Refuser, dénigrer ce soutien masculin,*
*Par risque d'abandonner nos repères enfantins.*
*Réitérer alors cette expérience ainsi,*
*Tant de fois sans comprendre que suit la maladie,*
*Agir inconsciemment tel que pour l'aliment,*
*Avaler, rejeter sans risque de changement.*
*Séduction boulimique de ce jeu enfantin,*
*Ce « je t'aime » « moi non plus » si vicieux sur la fin,*
*Ne mènera-t-il au bout d'un chemin sinueux,*
*Cessera-t-il afin d'accepter d'être deux ?*

## Fermeture des frontières sexuelles

Nous allons reprendre la question de la porosité des frontières du corps sexué, cette fois au niveau de la rencontre amoureuse et sexuelle.

Il existe dans la rencontre sexuelle et amoureuse une dimension de fusion qui peut être anxiogène chez une jeune femme aux assises narcissiques fragiles et aux limites corporelles poreuses.

> ***Le corps de Stéphanie est une sorte de copropriété, d'indivision***
>
> « Dans la sexualité, je partage mon corps avec mon ami. Mon corps n'est plus uniquement à moi. Mon corps il est à nous. Mon corps, c'est comme une entreprise qu'on gère à deux. »

La fragilité des frontières du corps sexué va conduire, de la même manière, à une angoisse d'intrusion. La fragilité des frontières engendre à une difficulté à poser des limites, à filtrer, à réguler ce qui est accepté et

ce qui ne l'est pas. 70 % des patientes anorexiques ou boulimiques à qui nous avons posé la question : « Vous arrive-t-il d'accepter, sexuellement, certains gestes ou certains actes dont vous n'avez pas envie ? » répondent : « Parfois, souvent, ou très souvent ». Il est clair que les agressions sexuelles infantiles jouent un rôle majeur dans le fait que les frontières du corps sexué soient vécues comme poreuses. Mais cela ne constitue pas la seule explication. Certaines patientes ont le sentiment qu'elles ne peuvent pas « filtrer » ce qu'elles souhaitent vivre (ou ne pas vivre) sexuellement, dans la mesure où elles ont le sentiment que si elles ne se conforment pas au désir de l'autre elles vont le perdre. Leurs angoisses d'abandon les conduisent à accepter des actes sexuels qu'elles ne désirent pas, de peur de perdre l'amour de l'autre. Elles ressentent, alors, ces actes comme des intrusions, des effractions de leurs frontières. On voit bien, à ce niveau, comment les angoisses d'abandon et d'intrusion sont liées.

### *Les trois premiers hommes de Jeanne*

Le premier, c'est l'ami de sa mère, il a abusé d'elle.
Le deuxième était unijambiste, elle acceptait tout de lui sexuellement pour qu'il ne se trouve pas « diminué »…
Elle avait 16 ans quand elle a couché avec le troisième qui avait 35 ans et qui lui disait que c'était de sa faute s'il avait des pannes sexuelles. Alors, pour ne pas le perdre, complexée par son inexpérience, elle a accepté sexuellement des actes et des pratiques dont elle n'avait pas envie.
Aujourd'hui, Jeanne est anorexique, hospitalisée depuis plusieurs mois, fermée à tous les hommes !

De la même manière, la dénutrition, ou la baisse de l'état général consécutive aux vomissements itératifs, vont immanquablement entraîner une baisse de la libido. Cela va conduire les patientes qui ont une vie amoureuse à ressentir d'autant plus le désir de leur ami comme intrusif, qu'elles-mêmes, ont peu de désir.

Du fait de la porosité de leurs frontières du corps sexué, ces patientes vont mettre en place un mécanisme défensif de fermeture des frontières corporelles. Cela peut se traduire par une fermeture à tout contact sexuel. Pour d'autres, cette fermeture des frontières se traduit par des douleurs à la pénétration et du vaginisme. À cet égard, on peut dire que : devenir anorexique c'est comme rentrer au couvent ; la porte est fermée aux hommes, mais il y fait froid !

### *Anne est frileuse et frigide*

Lorsqu'il y a du vent, Anne qui a toujours froid a le sentiment que le vent rentre à l'intérieur de son corps, elle entasse les pulls, comme des barrières contre le vent. Par ailleurs, Anne a des douleurs sexuelles à la

> pénétration, accompagnées de vaginisme. Anne qui a subi des effractions sexuelles dans l'enfance ferme, par ses contractions vaginales, sa frontière face aux hommes comme ses pulls entassés font barrière face à la pénétration du vent.

Lorsqu'elles vivent mieux leur sexualité, on peut retrouver dans l'acte sexuel le besoin de contrôle de ces patientes qui est une défense contre leur angoisse d'être rejetée par l'autre ou de subir son emprise. « Dans la sexualité je préfère donner que recevoir. Quand je donne, c'est moi qui maîtrise, quand je reçois, je subis, c'est pas forcément ce que je veux, et puis la fin dépend de l'autre. »

## 5.2. Les ateliers psychothérapiques

Je ne vais pas aborder la question des ateliers thérapeutiques centrés sur la porosité des frontières corporelles de la même manière que les ateliers présentés dans les chapitres précédents. En effet, j'ai présenté de manière assez précise et structurée les ateliers précédents, alors qu'ici je voudrais laisser une ouverture très large aux différentes approches. Je ne pense pas qu'il y ait une approche spécifique des difficultés présentées dans ce chapitre. Nous allons voir qu'il existe une multitude de possibilités thérapeutiques, et je crois important de laisser une place encore plus grande que dans les chapitres précédents à la diversité et à l'inventivité des thérapeutes qui peuvent être amenés à intervenir. Les choix qui seront faits de privilégier telle approche, plutôt que telle autre, dépendront des difficultés présentées par les patientes, de la formation des thérapeutes susceptibles de pouvoir animer ces ateliers, de contingences pratiques, parfois financières. Un établissement d'hospitalisation ne peut que rarement disposer de plusieurs thérapeutes formés à des approches psychocorporelles différentes. De la même manière en ambulatoire, le nombre d'intervenants pouvant participer à ce programme thérapeutique est, forcément, limité. Ce seront donc souvent les spécificités des uns, ou des autres, qui guideront les choix thérapeutiques.

Je vais cependant essayer de préciser un certain nombre de principes fondamentaux et dessiner trois grands axes thérapeutiques qui peuvent organiser ces approches.

### Quelques principes fondamentaux

L'approche thérapeutique du problème des porosités des frontières corporelles va reposer, en grande partie, sur des approches psychocorporelles. Une des spécificités de la thérapie dialectique est de faire une grande place à ces approches. Une thérapie psychocorporelle est une

thérapie qui n'est pas uniquement verbale, c'est une thérapie qui opère sur le corps. Que ce soit en travaillant sur l'image du corps, en rentrant en contact avec le corps, ou en demandant de mettre le corps en mouvement, le thérapeute va s'adresser directement et concrètement au corps. J'ai développé dans le chapitre 2 l'intérêt de ces approches corporelles et c'est, de toute évidence, quand il s'agit d'aborder sur le plan thérapeutique la question des porosités des frontières corporelles qu'elles vont trouver une indication privilégiée.

Cependant, la prise en charge thérapeutique de la porosité des frontières corporelles ne doit pas reposer uniquement sur ces approches psychocorporelles. J'ai essayé de montrer dans la partie théorique comment ce problème de limites corporelles fait complètement partie du problème central des limites du Moi avec des angoisses d'intrusion et de fusion qui se jouent au niveau corporel, mais pas uniquement à ce niveau. Si l'on ne travaille pas de manière plus large sur ces angoisses de fusion, d'intrusion, mais aussi sur les angoisses d'abandon, une approche uniquement corporelle reviendrait à essayer de supprimer des défenses alors que les angoisses de fond sont toujours là. C'est pour cela que je pense que les approches corporelles ne doivent, jamais, être utilisées de manière isolée.

Lorsque dans le programme thérapeutique présenté ici on travaille avec des patientes en affirmation de soi sur leur capacité à dire non, à poser des limites à l'Autre, on va, indirectement réduire le sentiment de porosité des frontières corporelles du Moi. Lorsqu'un thérapeute essayera de ne pas être intrusif dans le travail psychodynamique mené avec une patiente, il réduira indirectement le sentiment de porosité des frontières du Moi. Lorsqu'un soignant demandera à une patiente la permission de rentrer dans sa chambre, ou de rentrer en contact physique avec elle pour un soin, il réduira indirectement le sentiment de porosité des frontières corporelles du Moi.

Les approches psychocorporelles des patientes anorexiques et boulimiques ne peuvent être confiées qu'à des thérapeutes expérimentés qui connaissent très bien ces pathologies et leurs spécificités. En effet, vous avez bien compris que ce qui se joue au niveau du corps pour ces patientes est extrêmement compliqué, et une intervention corporelle inappropriée risque de provoquer beaucoup de dégâts ! J'ai pu observer, à plusieurs reprises, comment des approches sur le corps mal menées avaient pu réactiver considérablement des angoisses d'intrusion. Le thérapeute n'avait pas respecté suffisamment les frontières de la patiente, et une trop grande proximité avait été vécue comme très intrusive.

Une des particularités de la thérapie dialectique est de faire une place importante aux ateliers de groupe. Je pense que, parfois, dans certaines approches psychocorporelles il est préférable de travailler de manière

individuelle. Travailler sur le corps est quelque chose d'intime qui ne se prête pas toujours au travail en groupe. Le point sur lequel on va essayer de travailler étant la fragilité des frontières avec les autres, il semble plus simple, et moins angoissant, de l'aborder avec le moins d' « autres » possibles ! Certaines approches comme l'art thérapie ou l'exercice physique adapté dont je parlerai plus loin peuvent avantageusement être pratiquées en groupe alors qu'un travail sur l'image du corps ou un travail fondé sur un contact corporel me paraissent plus être des indications d'un travail individuel.

Je pense qu'il est préférable que ces ateliers soient animés par des psychothérapeutes femmes. Là encore, l'idée est d'essayer de ne pas compliquer ce qui l'est déjà beaucoup. Dans ces ateliers, les patientes seront amenées à montrer leur corps à la personne qui anime l'atelier, à être touchées par cette personne. Ces patientes ont beaucoup de difficulté dans le rapport à leur corps, et dans les liens corporels aux autres, pour ne pas rajouter une dimension plus sexualisée.

Je pense qu'il faut être extrêmement attentif à ne pas « intruser » les patientes dans ce type de travail. Il est fondamental de respecter leurs limites et leurs angoisses. Si une patiente ne veut pas faire un exercice, ou si elle ne veut pas de contact physique, il est extrêmement important de le respecter. Certaines patientes peuvent être très angoissées par des exercices et cela doit être respecté. Il m'est arrivé à plusieurs reprises que des patientes sortent lors d'une séance de thérapie de groupe, trop angoissées par le travail effectué autour du corps.

Il est important dans les approches psychocorporelles qu'il y ait un temps pour mettre en mots ce que la patiente ressent, au niveau de son corps, au niveau émotionnel, et à quoi cela la renvoie. Il est essentiel que la (ou le) thérapeute soit en mesure de recevoir cette parole tout en ne se substituant pas au travail psychodynamique qui est mis en place. Il faut veiller à ce que ne s'établissent pas des clivages entre les thérapeutes. La personne qui travaille au niveau corporel peut essayer de renvoyer la patiente vers le travail psychothérapique verbal : « C'est important ce que vous m'avez dit là, peut-être pourriez-vous en parler dans le cadre de votre thérapie ».

Nous allons détailler trois grands types d'approches psychocorporelles :

- le travail sur la perception de l'image du corps ;
- les thérapies qui mettent le corps en mouvement ;
- les thérapies fondées sur le toucher.

## Travail sur la perception de l'image du corps

Le trouble de l'image du corps ne correspond, pas tout à fait, au concept de porosité des frontières corporelles du Moi. Mais j'ai choisi d'évoquer,

ici, cette question dans la mesure où la prise en charge thérapeutique repose essentiellement sur des ateliers psychocorporels.

Nous savons bien aujourd'hui que la plupart des patientes anorexiques ont un trouble de la perception visuelle de leur corps. Elles se voient plus grosses qu'elles ne le sont réellement. Lorsqu'elles se regardent dans un miroir, elles se perçoivent comme grosses ou normopondérées, même si elles sont, en réalité, extrêmement maigres. C'est ce que l'on appelle : le trouble de la perception de l'image du corps. Ce trouble de la perception de l'image du corps porte, parfois, plus spécifiquement sur certaines régions du corps (le plus souvent le ventre, les cuisses, les hanches).

Je ne pense pas que cette perception faussée de l'image du corps soit une cause des troubles. Je pense que c'est une conséquence. En revanche, c'est un facteur de maintien des troubles extrêmement importants. En effet, comment accepter de reprendre du poids lorsqu'on se trouve déjà trop grosse ? Comment se forcer, tous les jours, à manger alors que l'on n'a pas faim et que l'on trouve que ses cuisses sont énormes ?

## Pourquoi un trouble de la perception de l'image du corps ?

Il est extrêmement difficile de comprendre pourquoi ces patientes ont une image si déformée de leurs corps. Je pense que l'on peut évoquer plusieurs hypothèses.

Lorsque l'on change de silhouette, il est probable que l'on garde, pendant longtemps, inscrits dans notre cerveau les schémas corporels antérieurs. Il reste inscrit en mémoire le corps d'avant. C'est peut-être la même histoire que les membres fantômes des personnes amputées. Beaucoup de personnes obèses qui ont perdu du poids continuent à se vivre comme grosses, les jeunes filles anorexiques amaigries gardent, peut-être, en elles la représentation du corps qu'elles avaient avant de perdre du poids, lorsqu'elles se trouvaient déjà grosses.

La difficulté à repérer précisément sa silhouette, donc les limites du corps, lorsque le poids a beaucoup varié est d'autant plus importante que, au départ, elles ont des limites mal définies de leur corps. « J'arrive pas à trouver mes repères, c'est flou, c'est pas défini » nous dit Alice dont le poids a beaucoup varié du fait de conduites boulimiques. En ce qui la concerne, le travail psychothérapique et corporel a mis en évidence que « c'était pas défini » déjà avant les variations pondérales.

Du fait qu'il y a souvent une dissociation entre leur Moi psychique et leur corps, elles vont être en difficulté pour se représenter ce corps, pour en ressentir les contours.

> ***Comment me représenter quelque chose qui ne m'appartient pas ?***
>
> « Lorsque je me regarde, j'ai souvent l'impression que mon corps n'est pas du tout à moi. Lorsque je vois des photos, ce n'est jamais moi que je vois. Je ne me sens pas maigre. Mon corps, c'est comme si je ne le ressentais pas vraiment. Je ne ressens pas la masse. »

Se fermer à l'image de leur maigreur est une manière de rester anorexiques :

- le fait de continuer à se voir « grosse » légitime le fait de maintenir une conduite alimentaire restrictive. Cela permet de continuer à se passer de ce dont elles ont besoin, c'est-à-dire de lutter contre leur angoisse d'être dépendante d'un objet extérieur avec le risque de perte de cet objet. Continuer à se voir « grosse » légitime le fait de continuer à exercer un contrôle sur le corps. C'est ce qui fait dire à Cindy : « Si j'amplifie la perception de mes formes, c'est pour pouvoir mieux les refuser ! » ;
- elles vont se fermer à l'image de leur maigreur, de peur d'en subir l'emprise. L'image de leur maigreur est comme un objet externe qui les mettrait en demeure de reprendre du poids. Certaines patientes se perçoivent de manière réaliste sur des photos alors qu'elles ne se voient pas maigres dans le miroir. Avec la photo, elles peuvent, de manière défensive, prendre de la distance avec l'image. C'est comme si elles se disaient : « Elle est trop maigre la fille sur la photo ! ». Face au miroir, elles se ferment à ce qu'elles perçoivent (on a vu des patientes être dans un état de stupeur face à leur image), ou bien elles vont scotomiser les régions maigres de leur corps pour ne regarder que les dernières formes rondes qui persistent. « Si je me vois maigre, c'est, pour moi, une injonction de manger, comme font mes parents ou les médecins. » Elles se défendent, par cette fermeture sensorielle, contre ce qu'elles ressentent comme une emprise exercée par l'image de leur maigreur. Être dans le déni de la maigreur les protège de l'angoisse de devoir reprendre du poids, de l'angoisse de devoir remanger.

> ***T'as vu comme t'es maigre !***
>
> « Si je me vois comme je suis en vrai, l'image que je vois va me dire :“ Il faut que tu manges”. Comme si l'image était quelqu'un d'extérieur qui me force, encore une fois, à faire quelque chose. C'est comme si on avait une emprise sur moi. »

L'effet de contraste : lors d'un amaigrissement important, certaines régions du corps se creusent plus que d'autres. Les parties du corps qui restent longtemps convexes comme le ventre, les fesses, les cuisses vont

être perçues comme d'autant plus rondes que le reste se creuse. Je me rappelle d'une patiente pesant 26 kg qui se comparait à un squelette enceinte, avec la tentation de perdre encore plus de poids pour effacer son « gros ventre ». Lorsqu'elle a repris du poids, les autres parties de son corps se sont remplies et la proéminence de son ventre s'est progressivement estompée !

Le mode de pensée dichotomique de ces patientes fait que si elles ne sont pas très maigres, elles se perçoivent comme grosses, si elles repèrent une rondeur quelque part, elles se perçoivent comme toutes rondes. Leurs distorsions cognitives les conduisent à se penser grosses, à se décrire grosses.

## Quand travailler sur la perception de l'image du corps ?

Je pense qu'il y a deux moments où il est intéressant de proposer des ateliers centrés sur le trouble de la perception de l'image du corps :

- au début de la prise en charge. Si une patiente est très amaigrie et qu'elle ne perçoit pas sa maigreur, le fait de l'aider à en prendre plus clairement conscience peut contribuer à augmenter sa motivation au changement et l'alliance thérapeutique. Si une patiente est en surpoids du fait de ses crises boulimiques, il peut être intéressant de travailler en atelier sur l'acceptation de son surpoids afin de réduire les stratégies visant à réduire ce poids de manière rapide. Un travail peut être aussi effectué, au départ, pour les aider à se représenter la silhouette qui sera la leur, lorsqu'elles auront atteint leur poids physiologique. Chez des patientes amaigries, cela permet de corriger des fausses croyances du type : « Si je reprends du poids, je vais le prendre qu'en bas ! » ;
- à la fin de la prise en charge, lorsque les patientes ont retrouvé leur poids d'équilibre, un travail sur le corps est utile pour qu'elles acceptent ce nouveau corps, pour qu'elles se l'approprient comme leur corps singulier. Ceci d'autant qu'elles ont, parfois, le sentiment que ce nouveau corps est étranger à elles : « Il ne faut pas que mon nouveau corps soit intrus dans ma tête, il faut qu'il fasse partie de moi. Il ne faut pas que je le prenne en pleine tête ». Le travail est là, un peu différent, c'est plus un travail de renarcissisation.

## Comment travailler sur la perception de l'image du corps ?

Plusieurs « outils » peuvent être utilisés pour aider ces patientes à trouver une perception plus juste de leur corps lorsqu'elles sont maigres, ou pour mieux accepter leur corps lorsqu'elles ont repris du poids :

• la thérapeute qui travaille avec la patiente peut utiliser la photo comme support (photos de la patiente, photos d'autres femmes) ;
• la vidéo qui permet de voir le corps en mouvement ;
• le travail face à un miroir. Ce travail face au miroir peut être réalisé en sous-vêtements ou avec des vêtements moulants ;
• un travail de dessin ou de modelage ;
• un petit peu en marge de ce travail, il est intéressant de travailler avec les patientes sur des changements importants de leur apparence. En changeant leur coiffure, par le maquillage, par le changement de style vestimentaire, on les expose au fait de donner à voir une image d'elles différente. Ceci a pour but de leur montrer que le changement de leur apparence physique ne change pas fondamentalement leur sentiment identitaire ou le rapport que les autres ont avec elles. Cela les prépare au changement d'apparence lié à la reprise pondérale. C'est un travail d'exposition vis-à-vis de leur peur de changer d'image. Cela correspond, aussi, au travail de renarcissisation dont j'ai parlé plus haut.

Je ne détaillerai pas de manière plus précise les techniques qui peuvent être employées, ceci pour plusieurs raisons. Je pense qu'il est important de laisser la place à la créativité, à la recherche, à la spécificité de chaque thérapeute. Chacun peut avoir ses « outils », choisis en fonction de sa propre expérience, de sa sensibilité personnelle, du type de patientes rencontrées. Aujourd'hui, il n'existe pas de technique particulière qui se dégage comme étant plus efficace qu'une autre. C'est un point où il y a encore beaucoup de recherche à faire : de la recherche pour mieux comprendre ce trouble de l'image du corps, de la recherche pour mettre au point des outils thérapeutiques efficaces.

Avec Florence Garadier, qui est psychologue et qui travaille beaucoup sur cette question, nous avons précisé certains points qui nous paraissent importants.

### Mise en place des ateliers

■ Ces ateliers ne peuvent se dérouler que d'une manière individuelle.
■ Il est très utile de donner des consignes à réaliser à domicile, comme par exemple, reproduire chaque jour face à un miroir le travail effectué lors des séances. En effet, sans cette répétition, les patientes se referment vite à cette nouvelle perception de l'image de leur corps.
■ Il n'est pas nécessaire que ces ateliers se poursuivent sur un nombre important de séances. Généralement, quatre à six séances sont suffisantes. Au-delà, il semble que l'on soit amené à aborder d'autres questions que le trouble de la perception de l'image du corps.
■ Ces ateliers vont modifier la perception qu'elles ont de l'image de leur corps mais pas leur idéal d'un corps maigre. Ceci est en lien, nous l'avons vu depuis le début de ce travail, avec d'autres éléments (besoin de maîtrise de la relation d'objet, angoisses liées à la porosité des frontières corporelles, etc.).

## Ateliers qui mettent le corps en mouvement

Nous avons vu qu'il existait, chez ces patientes, une forte dissociation entre le corps et leur Moi psychique. Leur corps est vécu comme un objet externe qu'il faut maîtriser, contrôler, et qu'il faut faire taire. Pour ces patientes, le mettre en mouvement a souvent comme principale fonction de le réduire encore plus, en « brûlant des calories ». Lorsqu'elles mettent leur corps en mouvement, c'est souvent dans une hyperactivité, en n'écoutant pas leurs sensations corporelles, en écoutant ni la douleur, ni la fatigue qui sont rapidement présentes. Elles sont très fermées à ces ressentis. Il existe dans la manière dont elles mettent leur corps en mouvement une idée de performance qui témoigne de leur perfectionnisme et du triomphe de leur volonté.

Le principe de ces ateliers est de mettre le corps en mouvement d'une autre manière. L'objectif est de commencer à remettre en lien le corps et la tête, de se réapproprier le corps, de se réouvrir aux sensations corporelles, d'utiliser son corps avec douceur, sans idées de performance.

Avec les thérapeutes qui travaillent avec moi depuis des années, nous sommes partis d'activités que ces patientes savent faire depuis longtemps (parfois trop bien !) pour les amener à les vivre autrement. Nous avons utilisé deux approches. Elles sont assez équivalentes. L'une ou l'autre peuvent être intéressantes :

- l'activité physique adaptée qui consiste à une pratique d'activité physique tenant compte des difficultés particulières présentées par des patientes ;
- une activité d'art thérapie autour de la danse.

D'autres approches sont tout à fait envisageables avec les mêmes perspectives.

### L'activité physique adaptée

Il est intéressant d'aborder avec ces patientes une activité que l'on pourrait considérer comme « sportive » dans la mesure où, chez elles, l'activité sportive est souvent pervertie. Elles ont souvent fait de la gymnastique, plus jeunes, en compétition avec des exigences de perfection et une nécessité de contrôle de poids. Aujourd'hui, lorsqu'elles ont une activité physique, ce sont souvent des séries d'abdominaux ou de pompes, seules dans leur chambre. Lorsqu'elles font du sport à l'extérieur de leur chambre, c'est essentiellement pour éliminer les conséquences du fait d'avoir mangé. La notion de plaisir est absente et elles n'écoutent plus, depuis longtemps, leur corps qui leur demande de se reposer.

L'activité physique adaptée (APA) va chercher à réconcilier les patientes avec leur corps, à réduire le clivage corps-esprit. Selon Cancy C.,

Sauvageon D., Weber M. (Vincent et coll., 2008) : « L'objectif principal de l'activité physique adaptée est « de passer d'un corps subi à un corps capable de, en se réappropriant toutes les sensations liées aux bienfaits du sport ». Toujours des mêmes auteurs : « C'est accepter de travailler avec le corps et non pas contre lui ».

L'activité physique adaptée peut se dérouler de manière individuelle ou collective. Ces activités physiques peuvent être de nature variée : gymnastique douce, aquagym, tir à l'arc, sports collectifs, marche douce… Encore une fois, comme le soulignent les auteurs sus-cités : « La notion de dépense énergétique n'est pas mise en avant, à l'inverse de la notion de plaisir et de bien-être ».

L'activité physique adaptée aborde un certain nombre de points essentiels dans ces troubles des conduites :

- elle va amener les participantes à essayer de mieux ressentir leurs sensations corporelles, leurs sensations kinesthésiques. C'est l'un des objectifs majeurs de ce travail. L'intervenant en APA interrogera les participantes, tout au long de l'exercice, sur leurs ressentis corporels. C'est une sorte d'exercice physique en « pleine conscience ». Il insistera sur l'importance de se faire plaisir dans l'activité physique. Ceci est très souvent difficile, nous l'avons vu, pour ces patientes ;
- l'intervenant en APA pose des limites à l'activité physique. Il fixe un cadre précis et contenant qui limite l'hyperactivité. Lorsque les patientes acceptent d'avoir une activité physique dans ce cadre, cela les aide à lâcher leur hyperactivité pathologique et leurs comportements de maîtrise corporelle. C'est le même principe que le cadre diététique dont je soulignerai l'intérêt dans le chapitre suivant. Il est angoissant pour ces patientes d'écouter les besoins de leur corps et d'y répondre. Se reposer lorsqu'elles sont fatiguées est aussi angoissant que manger lorsqu'elles ont faim. Il leur est utile de disposer d'un cadre pour pouvoir commencer à le faire. L'animateur sera parfois amené à mettre un terme à un exercice en disant par exemple : « Je t'arrête là, car je pense que tu es trop fatiguée, que c'est difficile pour toi » ;
- ces exercices physiques permettent parfois aux participantes de mieux ressentir les contours de leur corps, parfois la maigreur. Là aussi, l'animateur va les interroger sur leurs ressentis corporels ;
- elle va insister sur l'absence de notion de performance dans les exercices physiques. Il n'y a pas une bonne ou une mauvaise manière de réaliser un exercice. Ce qui est important c'est le ressenti ;
- le travail visera, entre autres, à diminuer toutes les attitudes de fermeture corporelle. Pour cela, il est intéressant de travailler, notamment, sur la respiration : « S'ouvrir pour respirer ». Plus loin dans la progression il est intéressant de travailler sur des mouvements du bassin. Rappelons qu'elles sont souvent dans une attitude corporelle contractée et fermée : « Si je me redresse, j'ai l'impression d'une brèche. On va

rentrer mettre le bordel, on dérange tout. On va rentrer dans ma vie, dans mes pensées, dans mon intimité » ;

- l'intervenant en APA insistera, bien sûr, sur le fait que ces exercices physiques sont en aucune manière un moyen de modeler le corps ou de perdre du poids.

Chaque séance se termine par un temps de parole. Cela permet un *feed-back* sur la séance. Cela donne, aussi, l'occasion pour l'intervenant d'aborder avec les participantes la question de l'exercice physique qu'elles peuvent pratiquer en dehors des séances.

### L'activité d'art thérapie autour de la danse

Le vecteur est différent mais le principe est le même. Là aussi, on part d'une activité qui a été souvent pratiquée par les patientes, pour essayer de l'aborder autrement. Le principe et les objectifs sont les mêmes. Ici aussi, l'idée de performance est absente, en particulier sur le plan esthétique. Ce qui est important n'est pas de bien danser, c'est de ressentir son corps, les sensations kinesthésiques, le plaisir de danser, le lâcher prise.

## Ateliers fondés sur le toucher

Le principe est d'utiliser un contact corporel qui soit à la fois chaleureux, maternant mais non intrusif afin de travailler sur les frontières corporelles. C'est un travail qui va solliciter les limites du Moi corporel. L'idée qui est derrière ce travail est de faire vivre aux patientes une expérience d'un toucher corporel correspondant à un *holding* ou un *handling* qui a fait défaut, et qui de ce fait n'a pas permis l'édification de frontières corporelles de bonne qualité. Le fait de vivre ces expériences de toucher non intrusives va donner le sentiment de frontières corporelles moins poreuses et va, de ce fait, diminuer les mécanismes de défense mis en place. Pour l'illustrer, je voudrais rapporter les propos d'une patiente relatifs à sa thérapie basée sur des touchers : « Ma tête est en train de se poser sur mon corps, c'était pas aussi logique que ça que ma tête et mes pieds soient tout à moi ! Je suis en train d'apprendre à me remettre à quelqu'un physiquement, c'est parce que j'ai confiance en elle et que j'ai pris confiance en moi. J'accepte d'être portée. Quand elle me porte, j'existe, je ne suis pas dans la fusion. Quand elle me porte, je suis soutenue. C'est parce que, dès le départ, je peux dire que je ne veux pas certaines choses, elle me dit : « Si vous sentez pas, on arrête » et elle arrête ! C'est une relation bienveillante et saine où je n'ai pas peur de la blesser. Elle me propose quelque chose que j'accepte, ou que je n'accepte pas. Je ne me sens pas toute mauvaise si je n'accepte pas, je peux le lui dire. Je ne suis pas en conflit entre ce que je pense qui est bon pour elle, et ce qui est bon pour moi. Avec ma mère, il y avait la

peur de la perdre et la peur de me perdre ; la peur de ne pas être la fille idéale. ». J'ai adressé ces propos à la thérapeute qui travaillait avec cette patiente sur le plan corporel. Celle-ci m'a répondu : « Je suis vraiment heureuse qu'elle le ressente comme ça car c'est vraiment toute l'essence de la technique que j'utilise qu'elle décrit là. Être là pour l'autre, à côté de l'autre sans se confondre, et suffisamment présent et rassurant pour lui permettre de se rencontrer, soutenue et capable de trouver son propre chemin. C'est le non-vouloir, l'observation pure (pas la mère qui veut pour son enfant le meilleur mais la mère qui est là, confiante et laissant l'espace à son enfant). Les choses viennent du corps, il n'y a pas d'intention. L'information vient du corps et du coup l'accompagnement est adapté au juste dosage, au juste moment, dans un juste temps intime ».

Différentes techniques peuvent être utilisées : ce peut être des techniques de toucher thérapeutiques, de massages… Afin de pouvoir agir efficacement sur le problème de la porosité des frontières corporelles, il est indispensable que ces approches offrent par le toucher un lien stable, sécurisant, doux et non intrusif, respectant les limites.

Pour ma part, depuis plusieurs années, je travaille avec une thérapeute, Isabelle Gérard, qui est psychologue et qui utilise l'ortho-bionomy, qui est une technique dérivée de l'ostéopathie (Bienvenu, 1996). Elle procède par des contacts corporels de certaines régions du corps. Elle complète cette approche par des massages. Pour ces massages, elle utilise différentes huiles, dont des huiles pour bébés… Au cours de ces quatre dernières années, nous avons pu observer, en utilisant cette approche avec des patientes anorexiques ou boulimiques, un certain nombre de points extrêmement intéressants qui nous incitent à poursuivre ce travail.

Le fait de ne jamais être intrusive, de toujours demander l'autorisation de rentrer en contact avec telle ou telle région du corps, donne aux participantes un meilleur sentiment de leurs limites, de leurs frontières corporelles. Ce qui est thérapeutique pour certaines patientes, c'est simplement de pouvoir dire : « Non, je ne veux pas être touchée ». C'est de pouvoir le signifier. Une des patientes avec laquelle ce type de thérapie a été la plus efficace est une patiente qui avait subi de nombreux traumatismes sexuels et qui a mis un an, à raison d'une séance par semaine, pour accepter le premier contact physique avec celle qu'elle appelait « ma psychologue du toucher ».

Nous avons observé à de très nombreuses reprises que lorsque ces patientes étaient contactées, par exemple au niveau des mains, leur ventre se mettait à gargouiller. C'est ce que l'on appelle le « psychopéristaltisme intestinal ». On a le sentiment que lorsqu'elles s'ouvrent au toucher, au niveau de la peau, elles s'ouvrent au niveau des autres frontières corporelles, en particulier au niveau du ventre.

### *Frédérique a été désossée*

Après une séance d'ortho-bionomy, Frédérique a fait un rêve : on la désossait. Pour elle, être désossée était agréable. Être désossée, c'est enlever la barrière des os. C'est être toute molle, avec la possibilité que ce qui vient de l'extérieur puisse rentrer et la remplir de bien-être. Être désossée, c'est être comme un bébé, tout tendre, prêt à recevoir l'amour de sa mère. L'ortho-bionomy a désossé Frédérique ! Elle a repris du poids.

Lors des séances, on peut observer chez certaines patientes la forte dissociation qui existe entre leur esprit et leur corps. Je pense à une patiente qui lors de certains exercices se visualisait avec son corps d'un côté, et sa tête d'un autre. La poursuite de la thérapie a permis, progressivement, de poser la tête sur le corps. Cette diminution de la dissociation corps esprit est une constante chez les patientes anorexiques ou boulimiques après quelques séances d'ortho-bionomy.

Ce qui m'est apparu comme particulièrement intéressant dans cette approche c'est le fait de pouvoir introjecter des expériences très maternantes, très chaleureuses, mais non intrusives. Lorsque la thérapeute avec qui je travaille masse une patiente, elle balance son propre corps, on a alors le sentiment qu'elle berce la patiente. Elle pratique un exercice où elle met les mains derrière la nuque de la patiente qui est allongée, elle porte la tête et la nuque. C'est un *handling* très fort. J'ai évoqué, plus haut, les massages avec les huiles pour bébés. Le côté très sécurisant lié au cadre thérapeutique permet aux patientes de s'ouvrir progressivement à cette douceur, elles acceptent progressivement de recevoir ce dont elles ont besoin et qui leur fait du bien.

Ce travail met beaucoup l'accent sur l'ouverture au ressenti corporel. L'ortho-bionomy est l'ouverture à la douceur, c'est apprendre à recevoir. C'est apprendre le plaisir doux au lieu du plaisir performant. Ce travail donne la possibilité de prendre conscience de ressentis importants et de mettre des mots dessus.

Les patientes ayant subi des effractions sexuelles ont très souvent une fermeture corporelle à toute forme de contact physique qui est vécue comme une intrusion sexuelle. Ces ateliers de touchers maternants leur permettent de découvrir que le contact physique avec leur corps peut avoir une autre dimension qu'une dimension sexuelle intrusive.

### *Vade Retro Satanas*

« Dans ces ateliers, c'est la première fois que l'on s'occupe de mon corps avec bienveillance. Je découvre la possibilité d'ouvrir mon corps à une douceur que je n'ai jamais vraiment connue. Avant ? Mon corps était fermé : c'était Vade Retro Satanas. Satanas : c'est les autres, les hommes qui ne m'ont pas respectée. »

Au total :

> ***La thérapie qui a fait muer Marine***
>
> Marine, 18 ans, a déjà fait dix séances d'ortho-bionomy avec Isabelle Gérard.
> Écoutons ce qu'elle nous disait au moment des premières séances : « Mes limites ne sont pas fixes. Je ne suis pas bien délimitée, je suis ouverte à n'importe quoi. Lorsqu'elle me touche, j'ai l'impression de quelque chose qui rentre en moi, d'avoir un intrus ».
> Écoutons maintenant ce que Marine nous dit après dix séances : « Lorsqu'elle touche mon corps, ça fait du bien dans ma tête. Il y a un lien. Ça ne va pas au-delà du corps, il n'y a pas de trou. Je fais un avec moi. J'arrive à dessiner mon corps, avec ce qui est dehors et n'est pas à moi (et qui restera toujours dehors, sauf si je veux que ça rentre) et ce qui est dedans, et qui est à moi et qui restera dedans. Je suis rentrée dans mon corps, dans mes propres limites qui ne s'écartent pas. C'est comme une mue. J'ai laissé une enveloppe et je suis rentrée dans mon vrai corps ».
> L'enveloppe qu'a laissée Marine, c'est sa maigreur !

Je considère que ces ateliers de touchers maternants représentent peut-être la partie la plus importante de tout ce programme thérapeutique.

# Chapitre 6
# La restriction cognitive

Nathalie fait des crises de boulimie avec un usage excessif de laxatifs pour essayer de maîtriser son poids. Elle montre, lors d'une séance de psychothérapie, son carnet alimentaire. Une journée a été représentative de son mode de fonctionnement. Elle avait respecté, depuis le matin, les règles diététiques strictes qu'elle s'impose. À midi, après un repas acceptable pour elle, elle a mangé une tartelette au citron qui était prévue dans le menu de la cantine. Considérant que c'était un « écart alimentaire » par rapport aux règles diététiques rigides qu'elle s'impose, elle s'est dit qu'elle n'avait aucune volonté, qu'elle était incapable de contrôler quoi que ce soit dans son alimentation, que tout était fichu pour cette journée. Elle a décidé de baisser les bras, elle a mangé tout l'après-midi, se disant que demain elle allait remettre en place des règles strictes. Or le lendemain, il y a eu une autre « tarte au citron »… Elle repérera, dans sa thérapie, ses cognitions permissives du type : « Maintenant que j'ai commencé, autant continuer ».
Nathalie présente une restriction cognitive importante.

La restriction cognitive est un concept développé en 1970 par deux psychologues canadiens : Peter C. Herman et D. Mack.

La restriction cognitive est le fait de gérer son alimentation en fonction de règles, et non pas en tenant compte de ses sensations alimentaires. Cela revient à être dans un état de régime permanent, de mauvaise conscience alimentaire constante.

## 6.1 Aspects théoriques

### Un quadruple discours social

#### Le discours esthétique

Dans nos sociétés « postmodernes », le discours esthétique incitant à la minceur est partout. L'image du corps idéal présentée par les magazines


© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

est celle de jeunes filles, avec des indices de masse corporels de plus en plus bas, dont les photos sont retouchées. De ce fait, il est montré un corps idéal confinant à la maigreur que pratiquement aucune jeune femme ne peut atteindre naturellement, sans contraindre son corps par une attitude alimentaire restrictive. Il y a, comme l'écrit I. Queval (2008) : « Une centration de l'identité contemporaine sur le corps » qui fait que, dans nos sociétés de l'image, on va avoir d'autant plus de valeur que l'on est mince. L'estime de soi est inversement proportionnelle au poids.

I. Queval (2008) souligne que : « l'esthétisation de l'apparence corporelle est devenue conquête sur la nature et le hasard ». En effet, dans nos sociétés modernes, nombreux sont les moyens de sculpter son corps afin de tendre vers cet idéal esthétique : la chirurgie esthétique, certaines pratiques sportives et, bien sûr, les régimes. C'est le contrôle de l'apparence. Toujours du même auteur : « La minceur demeure l'exemple type du gouvernement de soi appliqué au corps et à ce titre d'un idéal de fabrication de son identité à travers la plastique corporelle ».

De ce fait, de nombreuses études montrent que le désir de maigrir est une préoccupation dont la prévalence est de plus en plus forte dans les pays développés. Selon une étude française (Bellisle et coll., 1995) 35 % des jeunes femmes de l'échantillon essayent de perdre du poids. Cette préoccupation commence tôt comme le montre une étude américaine (Koff et Rierdan, 1991) réalisée auprès de jeunes filles ayant, en moyenne, 11 ans ½. 58 % de ces jeunes filles déclaraient vouloir perdre du poids. Une autre étude a montré que 80 % des élèves filles de troisième ont déjà testé un régime. Dans une étude que j'ai réalisée sur une population de 40 jeunes femmes, élèves infirmières ayant entre 19 et 25 ans, normopondérales, sans trouble du comportement alimentaire, 47 % déclaraient avoir déjà fait plusieurs régimes.

## Le discours médical

La multiplication des régimes et des règles alimentaires n'a pas comme seule visée celle de conduire à une minceur toujours plus achevée. Dans nos sociétés modernes, une autre préoccupation prend une place de plus en plus importante, celle de la bonne santé et du corps sain.

Les progrès scientifiques et médicaux vont, là aussi, dans le sens d'une maîtrise de la nature et du hasard. La lutte contre les maladies, la planification des naissances, la prévention des maladies sont autant de défis à la nature et au hasard. Selon I. Queval (2008) : « Maîtriser son corps c'est assurer identité et destin ». Devoir être maître de notre corps et de notre santé est un indicateur de conformité. Le discours médical de prévention est énoncé comme une norme. Le discours médical met en garde régulièrement sur les risques d'une alimentation qui ne serait pas « saine et équilibrée ». Les risques cardiovasculaires liés à un excès de

« mauvais cholestérol », autrement dit de mauvaise graisse, le diabète gras, les risques cardiorespiratoires dus à une obésité trop importante, sont agités régulièrement comme des épouvantails désignant la graisse comme un ennemi qu'il convient de combattre par tous les moyens.

Les événements très médiatisés de la « vache folle » ou de la grippe aviaire, les doutes que certains expriment, là aussi de manière très médiatique, sur les risques des aliments transgéniques, entretiennent l'idée qu'un aliment peut être « toxique ». Cette idée va bien sûr toucher particulièrement les âmes sensibles de nos patientes !

## Le discours sportif

Là aussi, dans de nombreux sports, on retrouve l'idée d'un contrôle du corps posé comme un idéal à atteindre. Le contrôle du corps, l'expérience de la douleur, sont présentés comme une condition de la performance et du succès. Vivre sainement, faire du sport, devient un style de vie moderne et donne le sentiment de posséder des compétences particulières comme la maîtrise de soi et la volonté. En fait, la version moderne de « un esprit sain dans un corps sain » est devenue « un corps sain lié à un esprit sain » !

## Le discours diététique

Comme je viens de le souligner, les objectifs sont clairs : perdre du poids, manger sainement. Le problème va tenir, ensuite, aux moyens mis en œuvre pour y parvenir. Là, nous rencontrons une énorme méprise qui a la vie dure. Cette méprise consiste à croire que l'on ne peut atteindre ces objectifs qu'en respectant un certain nombre de règles alimentaires. Cette méprise est de croire que l'on ne peut perdre du poids qu'en faisant un régime et que l'on ne peut être en bonne santé que si l'on mange « équilibré ».

Je développerai plus précisément dans le chapitre consacré aux ateliers psychothérapiques les connaissances que l'on a, aujourd'hui, concernant la régulation alimentaire. Ce que l'on sait de la physiologie de la régulation du poids démontre que nous possédons des systèmes de régulation naturels de notre comportement alimentaire visant à maintenir un poids stable et à nous fournir tous les nutriments dont nous avons besoin. Ces régulations s'effectuent à partir de ce que l'on appelle les sensations alimentaires (l'appétit, le rassasiement, la satiété). Il n'est pas nécessaire de poser des règles alimentaires. L'être humain, comme les animaux, est capable de réguler naturellement ses apports alimentaires.

À partir de là, la question que l'on peut se poser est celle de savoir pourquoi, malgré ces connaissances modernes, on continue à lire et à entendre partout qu'il faut « manger équilibré » et faire des régimes pour perdre du poids. En 2007, des encarts font leur apparition dans

de nombreuses publicités télévisées égrenant une série de règles alimentaires du type : « Il faut manger cinq ou six légumes par jour » consolidant, ainsi chaque soir, la position de restriction cognitive des auditeurs, au mépris des progrès scientifiques modernes qui démontrent l'inutilité et les dangers de ce type de discours. On dénombre aujourd'hui 25 000 sites sur Internet consacrés aux régimes. Je pense que la réponse à cette question est essentiellement financière. Il existe un impératif commercial de vendre de la norme diététique. Un certain nombre de lobbys ont intérêt à ce que ces croyances perdurent. Je pense, en disant cela, à la fraction de diététiciens ou de nutritionnistes qui continuent à vivre de la prescription de régimes ou de l'énoncé de dogmes alimentaires. Je ne parle que d'une fraction de ces professionnels, car on assiste actuellement à une évolution d'un certain nombre de diététiciens ou de nutritionnistes qui ont modifié leurs pratiques en prenant conscience des dangers de la restriction cognitive. Ceux qui évoluent (malheureusement pas assez nombreux), le font en particulier grâce aux travaux et aux formations délivrées par le GROS (groupe de recherche et d'observation sur le surpoids). Mais ils ne « font pas assez le poids », entre autres auprès des médias, face à ceux qui vivent des pratiques restrictives ! Un autre *lobby* a intérêt à ce que des règles alimentaires régissent de plus en plus notre alimentation, même si c'est au prix d'une augmentation des troubles du comportement alimentaire : c'est l'industrie agroalimentaire. Il s'agit, bien sûr, de l'industrie du *light*, mais aussi de la totalité de l'industrie agroalimentaire qui trouve dans les dogmes de l'alimentation équilibrée matière à développer des produits « pour des petits-déjeuners équilibrés », « contenant plusieurs fruits et légumes », « pour les goûters équilibrés ». Beaucoup d'enquêtes qui renforcent les croyances en telle ou telle règle alimentaire sont financées par l'industrie agroalimentaire.

Il est également possible de retenir comme hypothèse le fait que la rationalité diététique représente une forme de réassurance face aux angoisses de ne pas rentrer dans une norme esthétique ou de mettre en péril sa santé.

## La restriction cognitive instaurée dans l'enfance

Des règles alimentaires sont parfois mises en place dès l'enfance, court-circuitant très tôt les signaux de la faim et de la satiété. Ces règles peuvent être instituées par des médecins. On voit malheureusement, encore, des enfants mis au régime dès la petite enfance.

### *Laure sortait de la courbe*

Laure était une grande petite fille. Elle avait un poids et une taille qui la situaient au-dessus de la courbe de poids et de taille habituelle. Elle se

démarquait de ses copines d'école. Ses parents ont consulté des médecins qui ont décidé de donner à Laure un régime très restrictif et ont proposé un traitement pour freiner sa croissance ! Les parents de Laure n'ont suivi ces consignes qu'à moitié, ce qui a entraîné qu'un demi-mal ! Laure n'a pas vu sa croissance ralentie et elle a aujourd'hui une taille tout à fait normale ! Laure a été mise au régime et aujourd'hui elle est anorexique avec un indice de masse corporelle à 16 et une très forte angoisse de reprendre du poids ! La sœur de Laura est dans le même état…

Ces règles peuvent être instituées par les parents. Ils peuvent d'autant plus fixer des règles alimentaires qu'ils sont eux-mêmes en difficulté avec la nourriture. C'est certainement une des explications de la plus grande prévalence de troubles des conduites alimentaires chez les descendants de personnes présentant elles-mêmes des troubles du comportement alimentaire. Ces règles peuvent être restrictives, ou au contraire être des injonctions à manger plus. Examinons deux exemples.

### *L'origine remonte à la grand-mère*

La grand-mère de Solenne avait un problème cardiaque grave accompagné d'un surpoids iatrogène. Elle a présenté une dépression sévère, réactionnelle à ce surpoids mal accepté. La mère de Solenne en a été très marquée et a souffert de cette situation. De ce fait, elle a voulu, très tôt, contrôler le poids de ses filles. « Ma mère nous limitait au moment des repas, elle cachait les goûters. D'un coup, elle disait STOP. Comme j'étais brimée à table, j'allais chercher dans les placards. Les restrictions instaurées par sa mère ont conduit ainsi Solenne à des compulsions responsables d'une certaine prise de poids. Solenne a fait un régime et elle s'est fait « embarquée » vers un amaigrissement anorexique. Depuis son enfance, elle est dans un fonctionnement de contrôle et de pertes de contrôle vis-à-vis de la nourriture sans tenir compte de ses sensations alimentaires.

### *Ne fais pas comme moi*

La mère de Magali a souffert, longtemps, d'anorexie mentale. Elle a toujours eu très peur que sa fille présente les mêmes difficultés. « À partir du moment où j'ai eu 12 ou 13 ans, dès que je n'avais pas faim, ma mère le prenait pour des signes annonciateurs d'anorexie. Elle me forçait alors à manger, bien que je n'en aie plus envie. » Cette non-prise en compte des sensations alimentaires de Magali a conduit à une prise de poids et, comme Solenne, à la mise en place de conduites restrictives (vomissements provoqués). Magali a perdu, à ce moment-là, la capacité à se réguler sur ses signaux de faim et de rassasiement.

## Conduites anorexiques et restriction cognitive

Parler de restriction cognitive et d'anorexie mentale, c'est faire un pléonasme. Être anorexique est en effet exercer avec son esprit un contrôle sur son comportement alimentaire. C'est ne pas tenir compte des sensations alimentaires. Être anorexique implique d'être dans une position de restriction cognitive permanente. Nous allons examiner ce qui se joue dans l'anorexie face au discours social, face à l'objet nourriture, et au niveau des sensations alimentaires.

### L'anorexique face au quadruple discours social

Nous avons déjà eu l'occasion d'aborder la question de l'impact du diktat de la minceur chez les patientes anorexiques et j'ai souligné que, du fait de leur problématique, elles allaient dépasser le modèle. Nous allons voir qu'il en est de même face au diktat de l'alimentation diététiquement équilibrée et face aux mises en garde médicales vis-à-vis des aliments dangereux. Parmi les poncifs que l'on entend souvent concernant l'anorexie, il y a l'idée que ce sont des jeunes filles perfectionnistes qui s'appliquent à suivre des règles diététiques, à faire un régime. Ce n'est pas complètement faux mais cela ne rend pas compte du fait qu'elles descendent à des poids si bas en ayant une alimentation qui n'est plus du tout conforme aux fameuses règles diététiques. Elles savent faire parfaitement, mais là, elles vont beaucoup plus loin. Comme je l'ai souligné à plusieurs reprises, face à une pression, à une injonction extérieure, les jeunes filles anorexiques vont obéir tout en désobéissant, se conformer tout en s'opposant, être dedans, sans y être. Face aux discours diététique et médical qui leur dictent ce qu'elles devraient manger, elles vont s'y conformer tout en s'opposant. Elles vont s'y conformer car ces discours les attirent : le discours diététique fait l'apologie du contrôle et de la maîtrise. Mais elles vont aller plus loin : « Puisqu'on me dit que je dois manger équilibré, je vais m'y conformer, mais je vais le faire à ma façon. En allant plus loin que ce qu'on me dicte de faire, je retrouve un espace de liberté et d'identité ». C'est, encore une fois, une défense contre l'angoisse d'emprise. Le mot de régime vient du latin régimen qui veut dire régir, diriger. Le discours diététique c'est le discours de l'Autre, c'est parfois le discours des parents, et elles vont trouver leur identité en l'outrepassant. Elles se positionnent de même face au discours médical qui érige des normes alimentaires dans un esprit de prévention. On va retrouver, plus tard, cette lutte contre l'emprise du discours diététique et médical au moment des soins, lorsqu'il va leur être demandé de manger plus. L'anorexie est une forme d'opposition au discours diététique et médical alors que l'orthorexie est une hyperconformité perfectionniste à ce discours.

Je pense que le discours diététique a un autre impact chez ces jeunes filles. En entendant à longueur de journée que si elles ne veulent pas grossir elles vont devoir, en partie, se priver de ce qu'elles ont du plaisir à manger, elles vont essayer de s'en passer complément pour ne pas souffrir du manque. Il s'agit du mécanisme de défense vis-à-vis des angoisses d'abandon que j'ai mis en avant depuis le début de ce travail. « Puisque des règles vont me limiter vis-à-vis de ce dont j'ai envie, ou vis-à-vis de ce dont j'ai besoin, je vais essayer de m'affranchir de ce besoin. » Lorsque l'on arrive à se passer de manger, ce n'est pas difficile de faire un régime !

Nous avons vu, plus haut, que le discours médical souligne le caractère toxique, dangereux, de certains aliments. J'ai déjà abordé le fait que pour les patientes anorexiques, la nourriture est vécue, au départ, comme toxique car représentant les objets d'attachement primaires qui ont été ressentis comme tels. Chez elles, le discours médical va donner une réalité à cette représentation. Comme l'écrit C. Durif-Brucker (2007) : « Le sujet anorexique s'empare des défaillances de l'aliment pour mieux le refuser ». De la même manière, le discours médical stigmatise la graisse et la désigne comme responsable de nombreux maux. Ceci va renforcer la représentation qu'ont ces jeunes filles de la graisse comme étant quelque chose qui ne leur appartient pas, et qui s'infiltre en elle pour leur faire du mal.

Quant au discours sportif, je reprendrai ce que dit I. Queval (2008), qui compare l'anorexie et l'exploit sportif : « pathologie de la maîtrise rationnelle de soi, l'anorexie mentale appartient au tableau clinique de ce masochisme affleurant à la surface de la performance ».

## L'anorexique face à l'objet alimentaire

Je viens d'aborder, précédemment, l'idée que les aliments sont vécus comme toxiques dans la mesure où ils renvoient aux premiers objets d'attachements qui ont été ressentis comme insécures ou intrusifs. Ce qui est très important à comprendre, c'est la personnification pour les anorexiques de l'objet alimentaire. La nourriture est vécue comme un Autre qui peut les attirer avec un lien de dépendance, ou les « intruser » avec un risque d'envahissement et de perte d'identité.

> ***Judith ne veut pas céder face à l'appel de la nourriture***
>
> « Si j'ai faim, c'est comme si je répondais à la demande de quelqu'un d'autre. J'ai l'impression de répondre à l'appel de la nourriture. J'ai le sentiment, si je suis très attirée par un aliment, de répondre au désir de cet aliment. C'est pour ça que je mange plus facilement lorsque j'ai moins faim. »

> ***Une chair qui n'est pas ma chair***
>
> « Quand je mange, lorsque je sens des petits bouts qui rentrent, c'est comme si mes pensées allaient être altérées par ça, comme si on m'imposait des choses via la nourriture. Comme si la nourriture, c'étaient des personnes qui allaient se greffer à l'intérieur et prendre ma place. »

## L'anorexique et ses sensations alimentaires

Chez les patientes anorexiques les sensations alimentaires (fig. 6.1) sont probablement modifiées au bout d'un certain temps, mais c'est surtout la manière d'en tenir compte qui les différencie des sujets normalement régulés :

- la sensation de faim est présente au début de la maladie. Selon B. Brusset : « Cette sensation de faim est parfois recherchée en tant que telle, comme une tension qui donne des sentiments d'élation et de contact plus grands avec le corps ainsi maîtrisé, assujetti à la volonté » (Brusset, 2008). Nous avons vu, plus haut, que cette sensation de faim est recherchée car elle laisse ouverte la possibilité de ressentir des sensations fortes lors de la prise alimentaire. Le même auteur souligne que : « Au cours de l'évolution, la sensation de faim tend à restreindre comme dans toute insuffisance régulière des apports » ;
- les sensations qu'elles vont reconnaître comme étant de la faim sont des sensations extrêmes. Il faut souvent qu'elles aient mal au ventre, qu'elles ressentent une faiblesse générale importante, qu'elles aient la tête qui tourne pour reconnaître qu'elles ont besoin de manger : une personne régulée au niveau alimentaire va parfois répondre à une sensation d'appétit à partir d'une intensité de 1, alors qu'une anorexique ne va identifier cette sensation qu'à partir d'une intensité de 8, 9 ou 10 et elle n'acceptera d'y répondre qu'à partir du moment où cette sensation alimentaire atteint ce niveau d'intensité. Pour une personne régulée une sensation d'appétit modérée à 1, 2 ou 3 se traduit par une attirance gus-

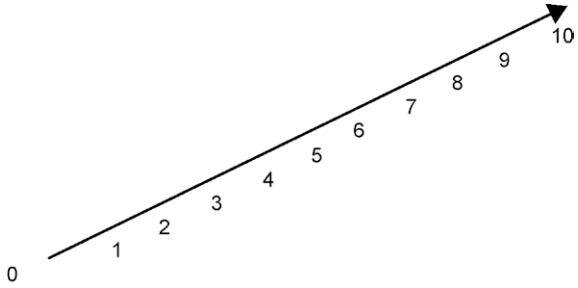



FIGURE 6.1. **Différents degrés dans la sensation de faim.**

tative vers un aliment. C'est l'envie de ressentir dans la bouche le goût de cet aliment. Or le goût, ça a à voir avec le plaisir, ça a à voir avec le désir. Nous savons bien, maintenant, que l'anorexique se ferme au plaisir et est dans une position d'hypercontrôle vis-à-vis de ses désirs. Ceci explique qu'elles ne répondront qu'à des sensations extrêmes quand elles ne peuvent plus lutter. Lorsqu'une anorexique dit : « J'ai un peu faim », c'est parfois qu'elle est à la limite du malaise hypoglycémique !

- les sensations alimentaires déterminant la fin de la prise alimentaire sont elles aussi modifiées. Considérons pour simplifier les choses, la prise d'un aliment unique. Chez des personnes régulées, c'est la diminution du plaisir gustatif (aliesthésie négative) qui va déterminer la fin de la prise alimentaire. Cette sensation précède, normalement, la sensation de réplétion gastrique. Chez les patientes anorexiques ces sensations sont souvent inversées : elles ressentent la sensation d'être rassasiées tout d'abord par une sensation de réplétion gastrique. C'est dans un deuxième temps, qu'elles ressentent la diminution du plaisir gustatif. Cette inversion des sensations alimentaires tient, probablement, à plusieurs facteurs :
  - un ralentissement du transit digestif lié à la dénutrition qui fait que la sensation de réplétion gastrique intervient, rapidement, au cours d'un repas,
  - l'utilisation préférentielle d'aliments peu caloriques qui vont occuper beaucoup de place dans l'estomac, donnant une sensation de réplétion gastrique avant que les signaux gustatifs de rassasiement apparaissent,
  - une hypersensibilité, chez elles, à cette sensation de ventre trop plein. Elles supportent très mal cette sensation qui signifie, pour elles, qu'elles ont trop mangé, qu'elles ont perdu le contrôle. Cela les renvoie, aussi, au fait qu'un objet externe est présent dans leur monde interne avec toutes les angoisses que cela génère comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent,
- souvent, les patientes anorexiques disent : « Je m'arrête de manger lorsque je n'ai plus faim, cette sensation vient rapidement. Fréquemment, j'ai de nouveau faim peu de temps après, ça me fait peur ». Il faut bien comprendre que lorsqu'elles disent : « J'ai plus faim », il faut le prendre au sens littéral, c'est-à-dire qu'elles ne ressentent plus la sensation de faim qu'elles avaient précédemment. Or, nous l'avons vu plus haut, ce qu'elles appellent « avoir faim » c'est être à la limite du malaise hypoglycémique avec une sensation de creux à l'estomac. C'est la disparition de cette sensation de faim extrême, de creux à l'estomac, qu'elles appellent « ne plus avoir faim ». Il est évident que cette sensation est perçue très tôt, bien en amont de la sensation gustative de rassasiement,
- compte tenu de la dénutrition, les besoins alimentaires sont importants et la sensation d'aliesthésie négative qui est déterminée par les besoins nutritionnels de l'organisme survient tardivement ;

• il y a une fermeture au plaisir gustatif qui ne permet pas de s'y référer afin de réguler les prises alimentaires. On sait aujourd'hui que c'est le plaisir gustatif qui nous sert à réguler notre alimentation. Or les patientes anorexiques se ferment à leurs sensations gustatives. C'est un mécanisme qui leur permet de contrôler leur désir vis-à-vis de l'aliment et de pouvoir plus facilement s'en séparer : « Je n'ai que très peu de plaisir lorsque je mange, du coup, c'est facile de me passer de manger ou de me limiter ».

Ces modifications de la perception et de la réponse aux sensations alimentaires doivent absolument être prises en compte lorsque l'on traite ces patientes. Comme je le développerai dans le chapitre consacré aux ateliers, il va être nécessaire de poser un cadre alimentaire structuré car, pendant longtemps, elles ne pourront s'en remettre à leurs sensations alimentaires pour gérer leur alimentation.

## L'anorexique et la notion de poids physiologique génétiquement programmé

Les données actuelles concernant la régulation du poids et de l'alimentation insistent sur la notion de « poids physiologique génétiquement programmé ». C'est ce que l'on appelle aussi le *set point*. Nous verrons, plus loin, qu'il est tout à fait essentiel que les patientes présentant un trouble du comportement alimentaire et se trouvant en sous-poids retrouvent ce « poids physiologique génétiquement programmé ». Mais, pour les patientes anorexiques il y a là quelque chose de l'ordre d'une obligation à laquelle elles vont longtemps refuser de se soumettre. Atteindre ce poids peut être vécu comme une soumission à l'emprise des parents, entre autres car ce poids vient d'eux dans la mesure où il est génétiquement programmé. « Ce poids que je dois absolument atteindre, c'est quelque chose qui vient de mes parents et que je n'ai pas le choix de refuser ou d'accepter, c'est pour cela que c'est compliqué. »

## Restriction cognitive et conduites boulimiques

Dans la mesure où j'ai choisi, dans ce livre, de ne parler que des patientes boulimiques qui ont des conduites de maîtrise de poids, ce que je viens de dire concernant les patientes anorexiques reste vrais pour les patientes boulimiques, notamment dans leur manière de manger en dehors des crises. Mais la différence entre les patientes boulimiques et les patientes anorexiques c'est que les patientes boulimiques font des crises de boulimie. C'est une des pensées profondes de ce livre !

Plus sérieusement, je vais essayer de détailler ce qui se joue lors d'une crise de boulimie vis-à-vis du concept de restriction cognitive, et les sensations alimentaires recherchées lors d'une crise de boulimie.

## Pertes de contrôle

Parfois les patientes qui présentent des crises de boulimie sont dans une position d'hypercontrôle alimentaire de type anorexique. D'autres ne sont pas aussi restrictives mais elles ont adopté une position de contrôle alimentaire comme toute personne qui est au régime ou qui cherche à « manger équilibré ». Ceci correspond à la position de contrôle, typique de la restriction cognitive. Le premier stade de la position de contrôle consiste, selon J.P. Zermati, « à décider, volontairement, de ne plus tenir compte de ses sensations alimentaires, alors qu'elles sont encore correctement perçues, pour confier la direction de son comportement alimentaire à des règles alimentaires jugées plus fiables. Ces dernières sont constituées de tout ce qu'il est possible d'entendre, voir, ou lire sur la manière de perdre du poids ». Le deuxième stade est celui où la personne restreinte ne perçoit plus ses sensations alimentaires, où elle les interprète de manière particulière. La régulation alimentaire ne se fait plus en fonction des sensations alimentaires mais en fonction de cognitions restrictives. C'est à ce stade qu'apparaît la distinction entre aliments interdits et aliments autorisés. Il s'installe un état permanent de frustration alimentaire avec une culpabilité au moindre écart.

Cette position de contrôle alimentaire n'est en général pas tenable dans la durée. Plus de 90 % des personnes qui mettent en place un contrôle alimentaire vont présenter des pertes de contrôle. C'est, du reste, un principe assez général en psychologie qui veut que plus il y a de contrôle, plus il y aura de pertes de contrôle. C'est ce qu'ont démontré Herman et Mack en 1975 par une expérience, aujourd'hui célèbre (Herman et Mack, 1975). Ces pertes de contrôle vont consister en des prises massives et rapides de nourriture, sans tenir compte des signaux de rassasiement, en ingérant des aliments proscrits lors des phases de contrôle : ce sont les crises de boulimie. Les raisons qui conduisent aux pertes de contrôle boulimiques sont multiples :

- il y a trop de frustrations. La restriction exacerbe le manque de l'objet. Il n'est pas possible de se priver, dans la durée, de ce que l'on aime et de ce dont on a besoin. Cela génère une frustration trop importante qui conduit, un jour ou l'autre, à bousculer les barrières des interdits ;
- l'hypercontrôle alimentaire peut entraîner une dénutrition. À ce moment-là, le corps va envoyer des signaux de faim presque en continu, même la nuit. Ceci conduira à des pertes de contrôle avec prise importante de nourriture. Un cercle vicieux va se mettre en place si ces prises alimentaires sont suivies par des vomissements, ou par des restrictions, qui vont maintenir le corps dans cet état de dénutrition ;

### *600 kcal, surtout pas plus*

Isabelle pèse tout ce qu'elle mange et se livre à un savant calcul de calories. Son objectif est de se maintenir à un maximum d'apport alimentaire de 600 calories par jour. Dans la mesure où, compte tenu de son niveau d'activité, ses dépenses quotidiennes atteignent certainement un minimum de 1 800 calories par jour, Isabelle a toujours faim. Elle le dit, elle-même, elle se réveille toutes les heures, la nuit, obsédée par la nourriture. Huit à dix fois par jour, elle perd le contrôle, se jette sur la nourriture, engloutit des quantités très importantes de nourriture et elle se fait vomir.

- cela va induire un fonctionnement dichotomique en tout ou rien. Au moindre écart, tout est fichu ! Le fait de manger ne serait-ce qu'un tout petit peu d'un aliment interdit, le carré de chocolat en trop, la cuillère que l'on s'était interdit de manger, conduisent à de la culpabilité et à des cognitions défaitistes du type : « Foutu pour foutu, autant continuer et me faire plaisir en en mangeant beaucoup, demain je ferais attention ». « Au point où j'en suis autant me remplir, en plus après je pourrai me faire vomir plus facilement. » « Décidément je n'ai aucune volonté, je suis nulle, je n'arrive pas à faire attention. » ;
- il y a là un réflexe de survie inscrit dans notre cerveau, hérité des temps où nous n'avions pas toujours de la nourriture à notre disposition. Comme certains animaux, nous sommes programmés pour nous jeter sur la nourriture lorsque nous en avons été privés. Nous anticipons, ainsi, le fait de pouvoir l'être de nouveau. Aujourd'hui, c'est rarement la pénurie qui conduit à ce type de comportement mais plutôt les restrictions que nous nous imposons, parfois ;
- il y a quelque chose de l'ordre de la séparation qui se joue chaque fois que l'on arrête de manger un aliment. L'acte de séparation avec la nourriture excédentaire, lorsque nous sommes rassasiés, ravive une angoisse de séparation. C'est couper un lien avec ce qui nous fait du bien. Quelqu'un qui est dans une position de liberté alimentaire va pouvoir, facilement, laisser un aliment qui ne lui procure plus de plaisir car il sait qu'il peut le retrouver comme il veut. À l'inverse, quelqu'un qui est dans une position de restriction cognitive, du fait des règles posées, sait qu'il ne pourra pas retrouver cet aliment chaque fois qu'il le souhaite. La séparation est plus difficile car elle risque d'être plus longue et pas en accord avec les besoins : « Je ne vais pas pouvoir retrouver ce qui me fait du bien, lorsque j'en aurais besoin, du coup, je ne vais pas me séparer, je continue à manger ». Cet aspect du problème va d'autant plus jouer un rôle prépondérant chez nos patientes qu'elles sont dans une problématique de dépendance où se séparer de ce dont elles ont besoin est extrêmement angoissant. Plus elles s'imposent des règles

alimentaires restrictives, plus il leur est difficile de se séparer des aliments, plus elles vont perdre le contrôle ;

- les patientes boulimiques, comme les patientes qui sont dans une position restrictive pure, vont avoir une contre-réaction face à des règles posées de manière rigide qui réactivent une angoisse d'emprise. Comme on l'a dit pour l'anorexie : une règle alimentaire est une règle posée par les autres. L'anorexique va s'opposer en allant plus loin dans la restriction, la boulimique en faisant le contraire de ce qui est interdit. Plus il y a d'interdits, plus elle va y déroger ;
- les conduites de purge vont renforcer cette alternance entre privation et excès, propre aux personnes en restriction cognitives car elles vont faciliter les pertes de contrôle en en réduisant les conséquences pondérales. Elles vont faciliter les cognitions permissives du type : « Fichue pour fichue, autant manger plus », en ajoutant : « Si je mange encore plus, je pourrais me faire vomir facilement et, comme ça, je grossirais pas ». Pour ces patientes qui sont dans une position restrictive, faire une crise de boulimie et se faire vomir résout l'équation difficile entre la difficulté de se priver au niveau alimentaire et le refus de prendre du poids.

## Sensations alimentaires recherchées lors de la crise de boulimie

Nous avons vu, depuis le début de cette réflexion, que les crises de boulimie pouvaient se comprendre, entre autres, comme une maîtrise de l'objet dans une relation de dépendance, une tentative de contrôle des émotions, une recherche de sensations en lien avec un vide mal supporté, un éprouvé du contenant corporel par le remplissage. Dans ces perspectives, les sensations alimentaires vont être prises en compte de manière différente :

- sont prises pour de l'appétit des sensations corporelles qui ne le sont pas : certaines sensations physiques liées à des émotions, à de la fatigue, sont interprétés comme des signaux de faim et conduisent à des prises alimentaires ;
- le signal de rassasiement qui est recherché est la plénitude gastrique et non pas la diminution du plaisir gustatif. Il faut en avoir plein la bouche ou plein le ventre. Elles vont manger au-delà du signal gustatif de rassasiement ;
- il y a une difficulté à accepter la fin du plaisir gustatif. Cela revient à se séparer de l'aliment, ce qui est compliqué au regard de leur problématique. « Quand je sens que ce plaisir baisse, j'en mets plein dans la bouche » ;
- les prises alimentaires sont rapides : « Si on mange vite, il n'y a pas de coupure, il y a toujours un aliment dans la bouche »

### Sensations recherchées lors des vomissements

Les patientes qui se purgent par des vomissements décrivent une sensation de soulagement, à court terme, et souvent dans un deuxième temps beaucoup de fatigue et de sensations physiques désagréables.

Cette sensation de soulagement, à court terme, tient à plusieurs facteurs :

- se purger réduit la culpabilité alimentaire d'avoir trop mangé. Du fait des croyances diététiques profondément inscrites chez certaines patientes, elles sont dans un choix impossible entre : se priver ou grossir ! Le discours diététique actuel martelant, sans cesse, que si l'on ne se prive pas, on grossit ; lorsque l'on n'accepte ni l'un ni l'autre, il ne reste qu'une solution : faire des crises de boulimie et vomir !
- se purger réduit l'inconfort digestif, objectif lié à l'absorption importante de nourriture chez ces patientes qui ont une lenteur digestive liée à leurs conduites de purge à répétition. Un cercle vicieux s'est installé ;
- se purger réduit la sensation d'« encombrement » digestif qui renvoie au sentiment d'intrusion par un objet extérieur ;
- se purger permet de retrouver plus rapidement le désir de manger. Chez ces patientes, ne plus avoir d'appétit est angoissant dans la mesure où cela les prive de la possibilité de se remplir de nourriture. Ne plus avoir faim c'est être dans une impossibilité de se réconforter par la nourriture ; vomir, c'est retrouver cette faculté.

## 6.2. Principes de prise en charge thérapeutique de la restriction cognitive

Je pense qu'à ce niveau, il est essentiel de différencier deux catégories de patientes :

- celles qui en sont en sous-poids : anorexiques restrictives pures, anorexiques avec pertes de contrôle et vomissements, boulimiques avec purges dénutries ;
- celles qui sont normo-pondérales ou en surcharge pondérale : boulimie avec conduites de maîtrise de poids peu efficaces.

Pour la seconde catégorie, l'objectif thérapeutique sera de lever la restriction cognitive. Pour la première catégorie l'objectif sera d'obtenir, d'abord une reprise de poids et, dans un deuxième temps, seulement, de lever la restriction cognitive.

## Chez les patientes en sous-poids, une priorité : la reprise de poids

S'il y a une idée que l'on doit toujours garder à l'esprit, s'il existe un message qu'il faudra répéter sans relâche, c'est que la guérison du trouble alimentaire n'est pas possible sans une reprise de poids, jusqu'au poids naturel génétiquement programmé. Il n'y a pas d'autre choix possible. Le fait que, dans certaines prises en charge, l'accent n'a pas suffisamment été mis là-dessus explique, du moins en partie, la chronicisation du trouble alimentaire. J'insiste sur l'importance de se fixer, de manière stricte et précise, comme objectif l'atteinte du poids physiologique. En effet, ce n'est qu'à ce poids qu'une régulation alimentaire fondée sur l'écoute naturelle des sensations alimentaires n'est possible. Une patiente qui maintient son poids 2 kg en dessous de son poids physiologique est une patiente qui continue à se restreindre, qui est toujours dans une position de restriction cognitive, c'est une patiente qui présente toujours un trouble du comportement alimentaire.

Ceci est vrai pour les patientes anorexiques qui ne peuvent guérir sans avoir atteint leur poids naturel, mais c'est aussi vrai pour les patientes boulimiques. Il est impossible de lâcher des conduites boulimiques tant que l'on est à un poids inférieur à son poids naturel génétiquement programmé.

Cela suppose d'évaluer quel est ce poids physiologique. Trois moyens permettent d'en estimer la valeur :

- c'est le poids que la patiente avait avant l'apparition des troubles du comportement alimentaire, si ceux-ci sont apparus après la fin de la croissance ;
- l'évolution du BMI durant l'enfance en étudiant les données fournies par le carnet de santé. L'évolution des courbes poids/taille durant l'enfance permet d'approcher une approximation du *set point* à l'âge adulte ;
- c'est, au minimum, le poids où les règles reviennent chez les patientes qui n'ont pas de contraceptif oral ou de traitement hormonal.

Comme je le disais plus haut, le premier objectif chez les patientes en sous-poids est la reprise de poids et, dans un deuxième temps seulement de lever la restriction cognitive. Vouloir commencer par lever la restriction cognitive chez une patiente, alors qu'elle a un poids inférieur à son poids normal, ne permet pas la reprise de poids indispensable à la guérison du trouble alimentaire. En effet, lever la restriction cognitive revient à demander à une patiente d'écouter ses sensations alimentaires, d'en tenir compte et de ne plus réguler son alimentation à partir de règles. Or nous avons vu que les patientes en sous-poids ont des sensations alimentaires perturbées, et qu'elles sont dans l'incapacité d'en

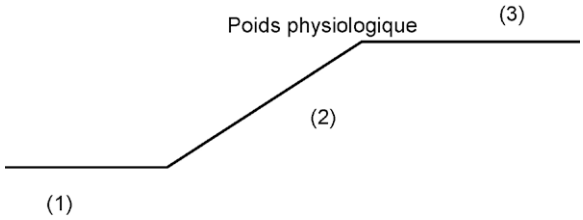



FIGURE 6.2. **Trois étapes dans la prise en charge de patientes en sous-poids.**

tenir compte. Dire à une patiente anorexique en sous-poids : « Mangez lorsque vous avez de l'appétit, arrêtez-vous de manger lorsque vous serez rassasiée » ne permettra, jamais, une reprise de poids !

Nous pouvons donc décrire trois étapes dans la prise en charge des patientes anorexiques ou boulimiques en sous-poids (fig. 6.2) :

*L'étape 1* est la phase de déni et de blocage. C'est la phase où la patiente fait le déni de la gravité de sa situation, elle n'est pas prête à prendre du poids. Cela l'angoisse trop. Si l'on propose une aide diététique ou nutritionnelle à cette phase, il y a de grandes chances qu'elle soit vouée à l'échec. Il n'y aura pas d'alliance thérapeutique, le taux d'abandon sera très important. À cette phase-là, il convient de faire deux choses :

- mettre en place un contrat de poids afin de poser des limites en dessous desquelles un arrêt de certaines activités sera nécessaire, et d'autres en dessous desquelles une hospitalisation deviendra indispensable ;
- travailler, dans le cadre de la psychothérapie, sur la motivation au changement et l'acceptation d'une reprise de poids.

Parfois, la phase 1 peut durer plusieurs mois, voire plusieurs années, en fonction de la sévérité de la problématique et de l'efficacité des prises en charge mises en place.

*L'étape 2* est la phase où la patiente est prête à prendre du poids, mais où elle est en difficulté pour pouvoir le faire. C'est à cette étape qu'une aide diététique ou nutritionnelle est souvent nécessaire.

À cette étape, les patientes ne peuvent pas tenir compte de leurs sensations alimentaires qui, nous l'avons vu, sont très perturbées.

À cette étape, elles ont encore besoin d'être dans une position de contrôle. C'est trop angoissant, pour elles, de voir leur poids changer, leur corps se transformer, si cela résulte d'un comportement alimentaire qu'elles n'hypercontrôlent plus. Il n'est pas réaliste de penser que, d'un coup, elles peuvent lâcher prise sur tout. Ce sentiment que tout leur échappe est trop angoissant. Elles ne peuvent accepter de prendre du poids que si elles restent dans un contrôle alimentaire. Elles ne peuvent augmenter leurs apports alimentaires qu'en restant dans un contrôle strict de ces apports.

À cette étape, elles n'arrivent pas à prendre, elles-mêmes, la responsabilité de manger plus. Elles ne peuvent faire ce choix car il est encore associé à une perte de contrôle, à une dépendance extrêmement angoissante, à une peur de guérir. Le fait de savoir ce qu'il faut faire mais de ne pas pouvoir prendre la responsabilité de le faire est une des raisons pour lesquelles il est important de faire des contrats de poids. « Il faut que ce soit vous qui m'arrêtiez en m'hospitalisant, moi, je ne peux pas prendre la responsabilité de le faire » me disait Anna, jeune fille anorexique qui perdait du poids, régulièrement, au fil de chaque consultation. Citons Ph. Jeammet (2005) : « Ce que veut l'anorexique plus que tout mais ne peut formuler, c'est qu'on s'occupe d'elle. Répondre à ce désir non formulé, en la forçant sinon à manger, du moins à reprendre du poids, prend alors tout son sens : que le désir vienne des autres soulage l'adolescente qui ne veut pas être complice de ses propres envies. Si elle décidait elle-même de manger, elle aurait peur de ne pas pouvoir se contrôler, maîtriser ses appétits dévorants. Si on la force, elle garde le sentiment qu'il reste toujours possible de se contrôler ».

*L'étape 3* est la phase où la patiente a atteint son poids naturel génétiquement programmé. Le travail sur le comportement alimentaire va devenir différent. Il va viser la levée de la restriction cognitive, l'abandon progressif des règles et du contrôle alimentaire. Il s'agit, alors, de passer d'une position contrôlée à une position régulée. Elles vont pouvoir lâcher l'hypercontrôle car, à ce stade, cela ne va plus se traduire par un changement du poids ou de leur corps. La prise en charge du comportement alimentaire va alors rejoindre celle des patientes boulimiques normopondérales ou en surpoids. Cette étape est nécessaire chez des patientes qui étaient dénutries et qui ont retrouvé leur poids de forme. Si ce travail n'est pas effectué, certaines risquent de s'enfermer toute leur vie dans un comportement alimentaire hypercontrolé de type orthorexique, d'autres continueront à s'exposer à un risque important de pertes de contrôle alimentaires.

## Modalités de la prise en charge nutritionnelle cadrée à l'étape 2

### Lorsque les patientes sont hospitalisées

À partir du moment où les patientes sont hospitalisées, elles vont trouver, de fait, un cadre nutritionnel. Elles vont être en présence de rythmes alimentaires réguliers, d'un accès à la nourriture limité entre les repas, parfois d'un système de plateaux repas. Parfois la gravité de l'état somatique impose une renutrition par sonde naso-gastrique. Bien souvent, dans les établissements ayant l'habitude de recevoir ce type de patientes, un suivi personnalisé par une diététicienne ou par un médecin

nutritionniste est mis en place. Je pense que les modalités de ce suivi doivent être les mêmes que celles que je vais développer, plus loin, en ce qui concerne les patientes suivies en ambulatoire.

## Lorsque le suivi est mis en place en ambulatoire

### Un suivi individuel et personnalisé

Nous verrons, plus loin, l'intérêt de la participation de ces patientes à des ateliers psychothérapiques en groupe. Mais je pense que l'essentiel du travail d'accompagnement en phase 2 doit se faire de manière individuelle. Ceci afin d'ajuster au plus près les interventions thérapeutiques aux difficultés singulières des patientes.

### Un cadre personnalisé, discuté

Il n'est pas question d'imposer de manière autoritaire des consignes standardisées. Cela reproduirait des relations parentales précoces inadaptées où les parents n'ont pas été à l'écoute des besoins propres de leur enfant et voulaient imposer leurs normes.

### Des consignes solides

Il est primordial d'être extrêmement déterminé sur les indications fournies aux patientes concernant leurs besoins alimentaires. Il est capital, pour elles, d'avoir un spécialiste de l'alimentation qui définisse clairement ce dont elles ont besoin, qui tienne ses positions.

Ce qui peut être discuté, c'est leur capacité à progresser pour atteindre les objectifs. On peut dire à une patiente : « Sur ce point, faites comme vous pouvez », mais jamais : « Faites comme vous voulez ». Si elles ont besoin de ce type d'aide, c'est qu'elles ne peuvent pas « vouloir » manger plus. « Face à une question que je posais à la diététicienne concernant ce que je devais faire sur tel aliment, elle m'a dit de faire comme je voulais. Je ne veux plus jamais la voir, elle n'est pas solide, elle a cédé face à la maladie ! » C'est la solidité des limites posées qui est rassurante.

### Un suivi très régulier

Le cadre doit rassurer et accompagner. Ces patientes ont besoin d'un étayage important. Cela permet de poser des objectifs très progressifs, d'évaluer régulièrement les progrès atteints, de travailler à chaque fois sur les difficultés rencontrées. Dans mon expérience, les suivis ambulatoires qui ont été efficaces et qui ont, réellement, apporté quelque chose étaient des suivis hebdomadaires. Dans le cadre d'une hospitalisation, ces interventions peuvent être plus rapprochées. Afin de pouvoir fournir une aide plus importante dans des cas difficiles, des solutions d'hospitalisation de jour ou de nuit peuvent être mises en place. Il est clair que si une patiente progresse, les rendez-vous seront espacés.

La diététicienne avec qui je travaille actuellement a instauré un suivi par courriel. Par Internet, les patientes peuvent la joindre afin de lui exposer leurs difficultés ou leurs questions et pouvoir obtenir une réponse précise et cadrante. Cela répond à l'un des principes de la thérapie dialectique : les thérapeutes doivent être joignables par téléphone ou par courriel.

### Ne pas aller trop vite, ni pas assez vite

Il est important de ne pas aller trop vite dans la progression proposée aux patientes. Dans mon expérience, parmi les patientes qui ont interrompu l'aide nutritionnelle qui leur était proposée, beaucoup alléguaient le fait que les consignes étaient trop difficiles et la demande d'évolution trop rapide.

Mais il ne faut pas non plus aller trop doucement. Les patientes ont alors le sentiment d'une aide peu efficace, là encore pas assez solide face à la maladie.

### Ne pas proférer de dogmes

Proposer une aide diététique, ce n'est pas énoncer des règles rigides du type : « Il vous faut des féculents tous les jours », « Vous devez manger des céréales à tous les petits-déjeuners », « Il vous faut tant de pourcentage de lipides dans votre alimentation »… Tout d'abord parce que, au fond, il n'y a qu'une seule règle vraiment importante à cette étape de la thérapie : « Essayez de manger, toujours plus et ne revenez pas en arrière ». Si l'on regarde ce qu'on fait les patientes qui ont repris du poids, c'est la seule règle qu'elles ont toutes appliquée ! D'autre part, le danger de règles trop dogmatiques est que les patientes s'enferment dedans, plus tard, notamment lorsqu'elles seront à l'étape 3 de leur traitement. Elles risquent alors de retrouver à peu près un poids normal mais d'avoir un comportement alimentaire orthorexique. Il est important, qu'elles commencent à intégrer, dès le début de la thérapie, que manger normalement, ce n'est pas obéir à des règles diététiques.

### Une prise en compte empathique des très grandes difficultés à cette étape des soins

Je l'ai déjà souligné à plusieurs reprises : lorsque les patientes reprennent du poids elles rencontrent des difficultés considérables. Elles rencontrent des difficultés psychologiques avec la peur de perdre le contrôle et de reprendre trop vite du poids, des difficultés liées au changement de leur image corporelle, une angoisse de devoir ingérer des quantités plus importantes de nourriture, ou des aliments évincés depuis longtemps, la peur de guérir et de lâcher la main de la maladie. Elles rencontrent des difficultés nutritionnelles avec, parfois, la nécessité d'ingérer des

quantités très importantes de nourriture sans lesquelles le poids ne remonte pas.

Face à l'ampleur de ces difficultés, il convient d'avoir une attitude empathique, chaleureuse, soutenante, sans condamnation. L'intervention nutritionnelle va devoir prendre en compte toutes ces difficultés et encourager la patiente, en essayant de trouver des solutions pour réduire les problèmes rencontrés. Malheur à celui ou à celle qui adopterait une position culpabilisante et marquée par des reproches ! Il, ou elle, sera rejeté(e) en dehors du programme thérapeutique par un cinglant : « Je ne veux plus la voir, elle comprend rien ! ».

### Une prise en compte réfléchie des éléments transférentiels

Une diététicienne ou un médecin nutritionniste qui va prendre en charge l'alimentation d'une patiente se trouve dans une position maternelle. Il va forcément se rejouer dans cette relation, d'une manière transférentielle, des choses ayant à voir avec la relation à la mère. Il va se rejouer toute l'ambivalence de la position de la patiente vis-à-vis de sa mère : dépendance à elle avec l'attente qu'elle réponde à ses besoins fondamentaux et en même temps refus de cette dépendance car la mère est vécue comme insécure ou intrusive. Il y a une attente d'une mère idéale qui sécurise en assurant les besoins fondamentaux. En même temps, il y a toujours la tentation défensive de se passer de ce dont elles ont besoin. Certaines interventions thérapeutiques peuvent renvoyer à ce qui a été vécu, avec la mère, comme toxique ou insécure et amener à une fermeture et à une prise de distance de la part de la patiente.

Je pense qu'il est très important que les diététiciennes ou les médecins nutritionnistes prennent en compte cette dimension transférentielle en comprenant que ce qui va se jouer avec la patiente et la nourriture n'est, justement, pas qu'un problème de nourriture. Il peut être intéressant à ce propos qu'il y ait, dans la prise en charge de la patiente, des temps de réflexion entre les différents thérapeutes afin d'aborder ces questions. Il peut être intéressant, aussi, que les diététiciennes ou les médecins nutritionnistes puissent bénéficier d'une supervision de leurs pratiques.

## Protocole de la prise en charge diététique

### Tenue d'un carnet alimentaire

L'intérêt du carnet alimentaire, dès le début de la prise en charge, est de permettre de déterminer avec la patiente ses apports alimentaires réels, au départ.

Ce carnet alimentaire sera un outil de travail indispensable tout au long de la prise en charge.

## Donner des informations sur les besoins nutritionnels

Le thérapeute va évaluer avec la patiente ses besoins alimentaires. C'est l'évaluation du métabolisme de base, des dépenses caloriques moyennes quotidiennes en fonction de l'activité-poids. Le but n'est pas d'annoncer de manière péremptoire un chiffre : « Il vous faut 2 000 kcal par jour ». L'objectif de cette intervention est de fournir une approximation des besoins alimentaires en insistant sur le fait que seul le fait qu'il y ait une reprise de poids indiquera que ces apports sont suffisants. Il est important d'expliquer que pour certaines patientes il faudra atteindre des apports quotidiens de 2 500 kcal pour pouvoir observer une reprise de poids.

L'accent ne sera pas mis uniquement sur les calories mais aussi sur les besoins nutritionnels en glucides, acides gras essentiels, minéraux, oligo-éléments, etc.

Cette étape de la prise en charge est un temps favorable pour corriger les fausses croyances qu'ont les patientes.

## Insister sur la restauration de rythmes alimentaires réguliers

Ces patientes ont, très souvent, déstructuré leurs rythmes alimentaires. C'est le cas tout particulièrement des patientes qui ont des crises boulimiques avec des vomissements à répétition. Il est clairement démontré aujourd'hui que cette perte de régularité des rythmes alimentaires représente un stress important pour l'organisme, et participe à la pérennisation des troubles.

Réinstaurer des prises alimentaires régulières remet en place les horloges biologiques, diminue le stress de l'organisme, permet de retrouver progressivement des sensations d'appétit à heures régulières, diminue le risque de ressentir une faim trop importante prédisposant à des pertes de contrôle. Une patiente témoignait de cela en disant : « Au début, on se force à manger, après c'est le corps qui réclame ! ».

## Fractionner les prises alimentaires, mise en place de collations

Plus le poids est bas, plus on a intérêt à fractionner les prises alimentaires. Répartir les prises alimentaires évite de devoir ingérer une quantité de nourriture importante en un seul repas. Devoir manger beaucoup, en une fois, risque d'entraîner une sensation de réplétion gastrique mal supportée, des difficultés digestives et une angoisse face au volume de nourriture ingérée. Il est préférable d'instaurer un système de collations. Par exemple, on peut proposer 5 prises alimentaires par jour :

- petit-déjeuner ;
- collation de 10 heures ;

- repas de midi ;
- collation de 16 heures ;
- repas du soir.

## Expliquer aux patientes qu'elles vont devoir se forcer à manger

Il est important d'expliquer que tant qu'elles n'ont pas atteint leur poids physiologique, elles ne peuvent pas se dire : « Je mange quand j'ai faim, j'arrête quand je n'ai plus faim ». C'est trop tôt, les sensations alimentaires sont faussées. En procédant ainsi, elles ne pourront pas reprendre du poids. Il convient de leur expliquer qu'elles vont devoir se forcer à manger. Pour le moment, le seul mot d'ordre, c'est : « Si je peux, toujours un peu plus ». Les choses seront différentes, bien sûr, lorsque le poids sera stabilisé au poids physiologique.

## Faire augmenter progressivement les apports alimentaires

Le point de départ est une estimation des apports alimentaires quotidiens à partir du carnet alimentaire. Ensuite un plan d'augmentation progressive, étape par étape, est mis en place. Il est important d'aller doucement, de demander à la patiente de rajouter ce qui est le moins difficile pour elle. On commence toujours par demander à la patiente de faire ce qui lui fait le moins peur ; on lui demande de réintroduire ou d'augmenter les aliments qu'elle a le plus de facilité à manger. Il faut attendre qu'elle soit rassurée après chaque augmentation des apports pour fixer un autre objectif d'augmentation. Par exemple, on va demander d'ajouter une tranche de pain à midi. On attend que la patiente soit rassurée sur le fait que cela n'a pas entraîné une prise de poids trop rapide et trop importante. Ensuite, on demande d'ajouter, par exemple, quelque chose à la collation de 16 heures et ainsi de suite. C'est un travail comportemental d'exposition progressive à des apports alimentaires de plus en plus importants.

Ces consignes d'augmentation sont discutées avec la patiente et sont proposées sous la forme d'une prescription alimentaire précise pour la semaine. Cela prend la forme d'une « ordonnance alimentaire ». J'insiste sur cette présentation sous la forme d'une prescription, identique aux prescriptions médicamenteuses, qui est très rassurante et déculpabilisante pour les patientes, lorsqu'elles vont augmenter leurs apports alimentaires. Il ne faut pas hésiter à être très précis, très cadrant. À ce stade de la prise en charge, il faut utiliser le côté « anorexique obsessionnel ». Encore une fois, elles ne peuvent accepter une prise de poids que si elle résulte d'une augmentation extrêmement contrôlée et maîtrisée des apports alimentaires.

## Instaurer un effet crémaillère

La consigne va être donnée de ne jamais revenir en arrière lorsqu'une augmentation des apports a été mise en place, ceci quelle que soit l'augmentation du poids. Il est important d'insister sur ce point afin d'éviter que les patientes fassent marche arrière chaque fois qu'elles constatent une augmentation de 100 grammes sur leur balance. On complète le mot d'ordre : « Si vous pouvez, c'est toujours un peu plus, sans revenir en arrière ».

## Expliquer que le cadre posé est un cadre minimal

Ce n'est pas un cadre qui limite les prises alimentaires. Elles peuvent manger plus. Vis-à-vis de leur peur de perdre le contrôle et de faire des crises boulimiques, on peut, dès ce stade, introduire les notions de plaisir gustatif que nous aborderons plus loin : « Si vous mangez plus que ce que nous avons prévu mais que vous avez du plaisir gustatif en mangeant, ce n'est pas trop, ce n'est pas une crise boulimique, c'est juste que votre corps en a vraiment besoin. Vous ne pouvez pas grossir avec ça ».

## Faire réintroduire progressivement les aliments interdits

Voir pour cela le document remis aux patientes.

## Insister sur l'intérêt des aliments caloriques

Voir pour cela le document remis aux patientes.

## Proposer éventuellement une aide nutritionnelle médicalisée

Si une prise de poids s'avère trop difficile, si le poids ne remonte pas alors que les apports alimentaires ont été largement augmentés, il peut être utile d'avoir recours aux compléments alimentaires. Pour que cette pratique soit efficace, il est conseillé aujourd'hui de les faire consommer en dehors des repas principaux (par exemple, au moment des collations) et à raison de deux fois par jour.

De la même manière, on a la possibilité aujourd'hui de proposer à des patientes anorexiques qui n'arrivent pas à reprendre du poids, ou à des patientes boulimiques qui restent à un poids bas et qui n'arrive pas à garder des repas, une assistance nutritionnelle par sonde naso-gastrique en ambulatoire. C'est un choix qui peut être décidé, chez certaines patientes, à la place d'une hospitalisation.

Ce qui est certain, c'est qu'il est préférable d'avoir recours à ces techniques plutôt que de laisser des patientes mettre des années à reprendre du poids, au risque de se chroniciser.

## Donner des consignes sur les entrées et sur les sorties

Pour reprendre du poids, il est nécessaire d'augmenter les apports, mais aussi de diminuer les dépenses caloriques. Un cadre pourra être posé pour limiter l'exercice physique. Ces patientes sont souvent hyperactives et s'imposent, fréquemment, des pratiques sportives importantes. Ce cadre sera posé de la même manière que lorsqu'il s'agit des entrées. Il conviendra d'avoir une position aussi déterminée. Elles ont souvent une certaine addiction à ces pratiques sportives intenses et il est nécessaire d'adopter une progression dans les consignes de limitation des efforts.

## Travailler sur le problème des vomissements

En complément, bien sûr, de l'approche psychothérapique l'intervention diététique ou nutritionnel peut porter sur un certain nombre de points essentiels :

- il est important de travailler avec les patientes sur le fait que plus elles reprennent du poids, moins elles présentent de pertes de contrôle et ainsi de vomissements ;
- le maintien de manière intangible de la régularité des prises alimentaires (trois, quatre ou cinq fois par jour) même s'il y a eu des crises boulimiques ou des vomissements. Cela me paraît un point essentiel dans la mesure où, souvent, les patientes ont tendance à ne pas maintenir cette régularité après leurs crises, ce qui majore le risque d'une nouvelle crise ;
- l'exposition très progressive au fait de garder des aliments pour les patientes qui se purgent après chaque prise alimentaire, ne supportant pas de garder le moindre aliment dans l'estomac. Un programme d'exposition progressive est mis en place qui peut débuter par des quantités infimes de nourriture avec la consigne suivante : « Le principal, c'est de garder » ;
- un programme d'exposition à la diminution progressive du nombre de vomissements. Ce contrat peut prendre la forme de consignes du type : « Cette semaine vous vous limitez à X vomissements », avec une diminution très progressive du nombre de vomissements autorisés. Pour certaines patientes la formule « une journée sans vomissements » est plus adaptée, en acceptant qu'elles soient au départ restrictives, cette journée-là.

## Travailler sur la limitation des pesées

Là aussi, des consignes sont données de réduire progressivement les pesées. C'est un point important dans la mesure où l'on sait que les pesées à répétition, plusieurs fois par jour, deviennent une aliénation et un frein à la reprise de poids. Chaque augmentation de 100 grammes est suivie, en effet, d'un renforcement de la restriction. L'objectif de revenir à une ou deux pesées hebdomadaires paraît raisonnable.

## Délivrer des documents écrits et des informations

Cela donne un prolongement à cette prise en charge. À tout moment la patiente peut s'y référer. Symboliquement, le thérapeute chargé de l'aspect alimentaire continue à lui « tenir la main », même lorsqu'il n'est pas là. Ces documents peuvent délivrer des informations sur les conséquences négatives de l'anorexie ou des vomissements, sur les fausses croyances, cela peut être un résumé des consignes qui ont été posées lors des consultations.

## Exemple de documents remis aux patientes en sous-poids à l'étape 2

J'ai l'habitude de donner ces deux documents aux patientes, très tôt dans la prise en charge, avant de leur proposer de rencontrer une diététicienne. Certaines vont pouvoir reprendre du poids avec ces indications. D'autres vont essayer, ne vont pas y arriver, vont mesurer l'ampleur de leurs difficultés et vont accepter ou solliciter l'aide d'une diététicienne.

### Reprendre du poids

**Pourquoi vous faut-il reprendre du poids ?**

■ Parce qu'il est démontré, aujourd'hui, que *sans atteindre votre poids « naturel et génétiquement déterminé » aucune guérison de trouble alimentaire n'est possible. Il n'y a pas le choix pour guérir !*
■ Parce qu'un déficit de poids entraîne des complications physiques graves (ostéoporose, infécondité) et des conséquences psychologiques (fatigue, dépression).
■ Parce que plus vous avez un poids bas, plus vous avez de risque de perdre le contrôle au niveau alimentaire et, de ce fait, de vous retrouver un jour en surpoids.
■ Parce que vous ne pourrez pas retrouver une liberté alimentaire (c'est-à-dire ne plus vous prendre la tête avec la nourriture !) tant que vous n'aurez pas atteint votre poids naturel.

**Pourquoi c'est si difficile de reprendre du poids ?**

■ Parce que cela vous fait peur : c'est difficile de lâcher une conduite qui, quelque part, vous rassure. Vous avez certainement peur de ce qui se passera lorsque vous aurez retrouvé un poids normal. Vous avez peur de perdre le contrôle et que votre poids remonte trop vite et trop haut.
■ Parce que votre silhouette va changer. Vous êtes certainement en difficulté avec l'image de votre corps et vous allez avoir besoin d'aide afin d'accepter une reprise de poids et un changement de votre silhouette.
■ Parce que vous allez devoir manger plus que quelqu'un qui n'a pas de poids à reprendre ! Cela va être difficile, d'autant que votre corps s'est relativement adapté à la dénutrition et que vos sensations alimentaires (appétit,

rassasiement) ne vous indiquent plus vos réels besoins alimentaires. *Il va falloir vous forcer à manger !*

■ Parce que, du fait de la restriction ou des vomissements, votre appareil digestif a perdu l'habitude de fonctionner normalement. Vous digérez plus lentement. En mangeant plus, vous pourrez avoir des douleurs digestives, de la diarrhée ou de la constipation. Votre ventre sera gonflé, avec une impression de trop plein après chaque prise alimentaire. C'est normal !

**Corrigeons certaines croyances et peut-être que cela vous apparaîtra déjà moins difficile !**

■ *Je vais reprendre du poids très vite* : Faux.
*C'est très long de reprendre du poids.* En moyenne, la vitesse de prise de poids n'excède pas 2 kg par mois en hospitalisation, 1 kg par mois sans hospitalisation. Nous parlons là de prise de poids réelle ; car d'un jour sur l'autre, le poids peut fluctuer de manière plus importante pour des raisons diverses (constipation, réhydratation après des vomissements, prise de poids avant les règles). Ces fluctuations de poids sont incontournables. Ne confondez pas ces fluctuations avec les vraies variations de poids qui correspondent à une moyenne d'augmentation du poids qui tient sur deux ou trois semaines de suite (Schéma A).

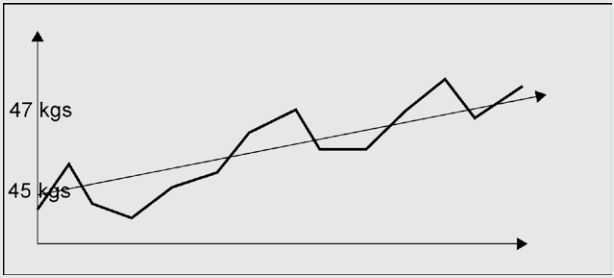



Schéma A

Voilà l'exemple d'une courbe de poids de quelqu'un qui se pèse une fois par semaine. L'évolution du poids n'est pas régulière.

■ *Je peux prendre 2 kg en une journée* : Faux.
Pour prendre 1 kg de chair en une journée, il vous faudrait manger 8 000 calories au cours de cette journée, soit quatre fois ce que mange, par jour, quelqu'un qui n'a pas de trouble alimentaire. Ce n'est pas possible ! Si vous constatez une prise de poids importante en une journée, il y a d'autres explications. Soit vous vous êtes réhydratée alors que vous étiez très déshydratée par exemple par des vomissements, soit il s'agit d'une conséquence de la constipation, soit vous êtes en période prémenstruelle, soit dans des cas de dénutrition sévère cela peut être dû à l'apparition d'œdèmes.
On sait aujourd'hui que dans l'anorexie mentale il existe une résistance du corps à la renutrition. Pour un même apport calorique, l'effet sur le corps et en particulier sur le poids peut être deux, voire trois fois moins important lorsqu'on est anorexique que chez quelqu'un d'autre. Par exemple : si vous ajoutez 200 calories à votre alimentation, au niveau du poids c'est comme si vous en

ajoutiez 100, voire 50. C'est pourquoi, afin de reprendre du poids, il vous faudra peut-être augmenter vos apports alimentaires de manière très importante.

■ *Plus je vais prendre du poids, plus je vais avoir envie de manger* : Faux.

C'est tout à fait le contraire qui va se passer ! Si vous êtes en sous-poids, votre corps dénutri cherche à récupérer le poids qui lui manque. Il va y avoir un appel très important de nourriture qui se traduit par de la faim, une difficulté à s'arrêter de manger, des obsessions alimentaires. Lorsque vous aurez repris du poids, les manques seront moins importants, la demande de nourriture se régulera, vous aurez moins souvent faim, il vous sera plus facile de vous arrêter de manger, vous penserez beaucoup moins à la nourriture.

*Plus vous allez reprendre du poids, moins vous aurez de risque de perdre le contrôle vis-à-vis de la nourriture,* or ce sont ces pertes de contrôle qui vous font si peur.

*Reprenez le poids qui vous manque et vous aurez moins de risque de devenir grosse !*

■ *Si je remange plus, mon estomac va s'agrandir et j'aurais encore plus besoin de manger* : Faux.

La régulation du poids et de l'alimentation ne s'effectue pas par rapport au volume de l'estomac, mais comme nous venons de le voir, juste avant, en fonction des besoins alimentaires du corps. De toute manière, votre estomac ne s'est pas rétréci ! Il s'est démusclé, ce qui entraîne le fait que vous digériez lentement. *Plus vous allez remanger, plus vous digérerez vite !*

■ *Si je recommence à me faire plaisir en mangeant, je ne pourrais plus me passer de ce plaisir et j'aurais tout le temps envie de manger* : Faux.

Au contraire, il est démontré aujourd'hui que c'est lorsque vous restreignez votre accès au plaisir alimentaire que vous avez le plus de risque de présenter des pertes de contrôle. C'est la raison pour laquelle tous les régimes conduisent, un jour ou l'autre, à des compulsions alimentaires responsables de reprise de poids.

Plus vous vous autoriserez à vous faire plaisir en mangeant, plus il vous sera facile d'arrêter de manger lorsque vous serez rassasiée.

Il nous est plus facile de mettre un terme à quelque chose qui nous fait plaisir lorsqu'on sait que l'on peut retrouver ce plaisir quand on veut, en toute liberté. C'est un principe valable dans bien d'autres domaines que celui de la nourriture !

■ *Mon poids ne va pas s'arrêter de monter* : Faux.

Notre corps est pourvu de systèmes biologiques extrêmement complexes dont le but est de maintenir notre poids stable, au poids physiologique. De la même façon que votre corps essaye, toujours, de maintenir la température corporelle autour de 37° C, il essaye de maintenir le poids stable au poids naturel, ou de revenir à ce poids.

Actuellement, votre corps cherche à ce que vous reveniez à votre poids naturel, génétiquement programmé, mais pas au-dessus ! Lorsque vous aurez atteint votre poids d'équilibre, votre corps vous donnera des indications alimentaires afin de stabiliser votre poids et aussi pour ne pas en prendre plus.

Lorsque vous aurez atteint votre poids naturel, nous vous apprendrons à écouter vos sensations alimentaires, ainsi vous pourrez stabiliser votre poids.

Les personnes qui se retrouvent en surpoids sont des personnes qui mangent au-delà de leurs sensations alimentaires, elles ont toujours un trouble du comportement alimentaire. Pour vous, ce n'est pas le but !

■ *Si je garde une marge de 2 ou 3 kg en dessous de mon poids de forme j'ai moins de risque de devenir grosse* : Faux.
Tant que vous êtes à un poids inférieur à votre poids naturel et génétiquement programmé, votre corps va déclencher des signaux de faim de manière fréquente et importante, ce qui augmente le risque de pertes de contrôle. De même, les privations que vous allez devoir vous imposer pour conserver cette « marge » entraînent une frustration qui risque, elle aussi, d'être responsable de pertes de contrôle. Or, vous savez que ce sont ces pertes de contrôle qui peuvent vous conduire à un surpoids.
*En réalité cette « marge de sécurité » est une marge d'insécurité !*
■ *Je vais reprendre que de la graisse* : Faux.
Lorsque vous avez perdu du poids, vous avez perdu une part importante de votre masse musculaire. Lorsque vous allez reprendre du poids, votre corps va reprendre ce qui lui manque dans des proportions équilibrées. Il va reconstituer la masse musculaire mais aussi les tissus graisseux qui sont indispensables à notre survie (comme réserve d'énergie, pour se protéger du froid, pour le fonctionnement cérébral). *Cette proportion masse maigre/masse grasse est génétiquement programmée. Il n'y a aucune raison qu'elle change parce que vous avez maigri et que vous reprenez du poids ! Reprendre du poids n'est pas grossir !*
Si vous avez déjà été à votre poids physiologique avant de perdre du poids, c'est ce corps-là, avec ces proportions-là, que vous allez retrouver.
■ *Comme mon corps a été privé, il va faire des réserves* : Faux.
Répétons, encore une fois, que votre corps cherche à revenir au poids d'équilibre, et pas plus ! Encore une fois, les personnes qui se retrouvent avec un excédent de masse adipeuse sont des personnes chez qui persiste un trouble du comportement alimentaire. *Je n'ai jamais vu de patientes ayant rattrapé un déficit de poids et mangeant de manière régulée, présentant une surcharge graisseuse.*
■ *Si je mange des aliments gras, je vais grossir* : Faux.
*Nous ne devenons pas ce que nous mangeons !* Ce n'est pas parce que vous mangerez beaucoup de viande que vous deviendrez plus musclée ; de la même manière, si vous mangez des matières grasses, vous ne deviendrez pas grasse ; dans le corps tout se transforme et nous avons besoin de tout.
■ *Le poids que l'on reprend se répartit mal, toujours en bas !* : Faux.
Là encore, ce sont surtout les chromosomes qui décident ! Vous avez une silhouette génétiquement programmée, des proportions génétiquement programmées que vous allez retrouver en reprenant du poids. Il n'y a aucune raison pour qu'une reprise de poids, faisant suite à un amaigrissement, modifie ces proportions.
Lorsque vous reprenez 1 kg, il n'y a aucune raison pour qu'il vienne se mettre juste là où vous ne voulez pas ! Ce kilo se répartira sur tout le corps, en particulier là où il en a le plus besoin.
■ *Si j'arrête de me faire vomir, je vais tout de suite reprendre du poids* : Faux.
Tout d'abord, un certain nombre de personnes qui se font vomir sont en surpoids. Les vomissements ne constituent pas une méthode très fiable de contrôle de poids.
Ce sont d'autant moins des moyens de contrôler le poids qu'ils induisent, après-coup, un état biologique (entre autres une hypoglycémie) qui incite à une nouvelle prise alimentaire importante. Ceci réalise un cercle vicieux qui fait que les crises s'enchaînent.

Votre adage ne doit pas être : « Si je vomis moins je vais grossir » mais au contraire : « Si je reprends du poids, j'arriverai à moins vomir ! ».

■ *Si j'arrête les laxatifs, je vais grossir* : Faux.

*Les laxatifs ne vous ont jamais fait maigrir !*

Les laxatifs agissent sur la partie terminale du tube digestif. L'absorption alimentaire s'effectue avant. Ce que notre corps va garder (et qui peut faire grossir si c'est en quantité excessive) n'est absolument pas éliminé par les laxatifs. Les laxatifs augmentent uniquement l'élimination intestinale de l'eau ! La baisse de poids qui fait suite à la prise de laxatifs est due à la perte d'un certain volume d'eau et à une purge de contenu de la partie terminale du tube digestif, contenu qui aurait été éliminé, même en l'absence de laxatifs.

En revanche les laxatifs entraînent une dépendance. Lorsque vous les arrêtez, vous allez être très constipée pendant plusieurs jours, ce qui peut se traduire par une augmentation de poids sur la balance. Mais c'est parce que vos intestins sont pleins et non pas parce que vous grossissez.

■ *Il faut que je fasse du sport, sinon je vais prendre que de la graisse, toute* molle : C'est faux pour vous en ce moment.

Si vous lisez ce document, c'est que vous êtes en sous-poids. *En ce moment si vous faites beaucoup de sport vous n'allez pas pouvoir reprendre du poids !* Le poids, ce n'est pas compliqué : c'est comme un compte en banque ; pour que le chiffre remonte, il faut gagner plus et dépenser moins. Si vous faites beaucoup de sport « pour me muscler », vous n'allez pas pouvoir reprendre du poids, et par conséquent, vous n'allez pas pouvoir guérir.

Lorsque vous serez bien stabilisée à votre poids physiologique, si vous souhaitez faire beaucoup de sport pour vous muscler et modifier, un peu, votre silhouette, vous serez libre de le faire, mais pas avant.

Mais, plus tard, si vous devenez une grande sportive, attendez-vous à ce que votre poids monte un peu, le muscle pèse lourd !

*En conclusion : n'oubliez pas que l'objectif n'est pas que vous grossissiez, il est que vous démaigrissiez !*

## Comment faire pour reprendre du poids ?

Voici quelques conseils pour vous aider à reprendre du poids le moins difficilement possible.

### Fractionnez vos prises alimentaires

Plus votre poids est bas, plus vous avez intérêt à fractionner, à répartir, vos prises alimentaires. Vous avez des difficultés digestives, vous devez ingérer des quantités de plus en plus importantes de nourriture. Fractionner va vous aider dans la mesure où cela évite que vous ayez le ventre trop rempli, après une prise alimentaire importante concentrée sur un seul repas. Cela augmente l'apport énergétique quotidien sans subir trop d'inconfort.

Faites des collations ! N'hésitez pas à faire cinq ou six repas par jour !

Exemple :

- petit-déjeuner,
- collation de 10 heures,

- repas de midi,
- collation de 16 heures,
- repas du soir.

**Instaurez des rythmes alimentaires réguliers**

Votre corps va retrouver ainsi des rythmes biologiques réguliers. Vos sensations de faim ou de satiété n'étant pas fiables, il est important, au début, de s'en remettre à l'horloge biologique, de la même manière que l'on prend des médicaments à heure régulière. Vos propres horloges biologiques vont se régler, ensuite, correctement. Cela va vous aider à manger de manière plus importante et plus régulière. Le corps prend l'habitude et le réclame après…
*Pour le moment ne tenez pas trop compte de vos sensations alimentaires, vous allez être obligée de vous forcer à manger toujours un peu plus.*
Tant que vous n'avez pas atteint votre poids physiologique, vous ne pouvez pas vous dire : « Je mange quand j'ai faim, j'arrête quand je n'ai plus faim ». C'est trop tôt, vos sensations alimentaires sont faussées. Si vous faites ça, vous n'allez jamais arriver à reprendre le poids qu'il vous manque. Vous allez devoir parfois vous forcer à manger. Pour le moment, votre mot d'ordre, c'est « Si je peux, toujours un peu plus ».
Les choses seront différentes lorsque votre poids sera stabilisé au poids physiologique.
Compte tenu de la modification des sensations alimentaires et des difficultés digestives liées au trouble alimentaire, manger suffisamment pour reprendre du poids va être obligatoirement pénible et douloureux. N'oubliez pas que : si ça n'est pas difficile, ce n'est probablement pas suffisant !
Si à un moment vous mangez beaucoup plus, mais avec plaisir, sans difficultés, que vous appréciez ce que vous mangez : ce n'est pas trop, c'est que votre corps en a besoin, ce n'est pas une crise de boulimie, vous ne deviendrez pas grosse.

**Augmentez progressivement vos apports alimentaires**

Établissez une estimation de vos apports alimentaires quotidiens.
Décidez d'augmenter très progressivement, étape par étape, ces apports.
Vous n'êtes pas pressée, il vaut mieux aller doucement, mais sûrement. C'est une démarche à petits pas. Attendez d'être rassurée pour augmenter de nouveau vos apports.
Par exemple : ajoutez une tranche de pain à midi. Attendez, s'il le faut quelques semaines, d'être rassurée sur le fait que cela n'a pas entraîné une prise de poids trop rapide et trop importante. Ensuite, vous ajouterez, par exemple, quelque chose à la collation de 16 heures et ainsi de suite.

**Instaurez un effet crémaillère**

Une crémaillère est quelque chose qui empêche de revenir en arrière.
Chaque fois que vous avez décidé de rajouter quelque chose à vos apports alimentaires, ne revenez pas en arrière, quelle que soit l'augmentation de votre poids. Ceci étant vrai jusqu'à ce que votre poids soit stabilisé depuis plusieurs mois, au poids physiologique.
Complétons votre nouvelle maxime : « Maintenant, c'est toujours un peu plus, sans revenir en arrière ».

**Exposez-vous à ce qui est difficile pour vous**

Lorsque vous allez prendre du poids et manger plus, vous allez être confrontée à un certain nombre de difficultés.
Cela peut être des sensations corporelles pénibles (difficultés digestives, sensation de ventre plein), ou des modifications de votre image corporelle liées à la reprise de poids.
Ceci peut générer, chez vous, des émotions négatives comme de l'angoisse ou de la tristesse, parfois de la colère.
Pour apaiser ces émotions, vous pouvez avoir recours à un comportement d'évitement : c'est-à-dire de nouveau vous restreindre et reperdre du poids. C'est une solution qui va vous apaiser, à court terme. En revanche, à *long terme*, comme dans beaucoup de problèmes psychologiques, lorsqu'on évite un problème, on aggrave ce problème. Éviter ce qui est difficile, en réduisant de nouveau votre alimentation, va vous maintenir dans la maladie et vous empêcher de guérir.
*En revanche, si vous vous exposez à ce qui est difficile, si vous acceptez de ressentir ces difficultés, les émotions négatives vont diminuer au bout de quelque temps.* Après quelques semaines, cela va être plus facile.

**Commencez par les aliments que vous aimez et qui ne vous font pas peur**

Manger plus, reprendre du poids est très difficile pour vous ! Alors, commencez par ce qui est le moins difficile. C'est un principe de base dans les thérapies comportementales : s'exposer progressivement à ce qui fait peur, en commençant toujours par ce qui est le moins difficile.
Ce qui va être le moins difficile, c'est de manger les aliments qui vous plaisent le plus, et ceux qui vous font le moins peur. Commencez par des choses simples que vous n'avez pas trop de mal à digérer. Peut-être qu'au départ, il faudra vous ré-alimenter comme un bébé.

**Réintroduisez progressivement vos aliments tabous**

Classez, sur le tableau ci-joint vos « aliments tabous ».

| |
|---|
| Aliments interdits parce que j'ai peur qu'ils me fassent trop grossir ou parce que je les juge « toxiques » pour moi. |
| Aliments interdits car j'ai peur de perdre le contrôle en les mangeant (ou parce que je perds effectivement le contrôle chaque fois que je les mange). |

Attribuez à chacun de ces aliments une « note d'interdiction » sur 100. Plus cette note est élevée, plus l'aliment est interdit.
Réintroduisez-les, un par un, en commençant par ceux dont la note d'interdiction est la moins élevée.
Pour ceux de la première catégorie introduisez ces aliments en commençant par les moins « interdits », en commençant par des quantités peu importantes et en augmentant, progressivement, les quantités. Respectez la règle de la crémaillère. Attendez de vous être habituée à un aliment pour en introduire un autre.
Si vous présentez des pertes de contrôle sur ceux de la deuxième catégorie (suivies, ou non, par des vomissements), lorsque vous en introduisez un, réintroduisez-le sans limites. Cette consigne est fondée sur le principe qui veut que plus on se limite sur la consommation d'un aliment, plus on a de risque de perdre le contrôle sur cet aliment. Par exemple, si vous décidez de remanger du

chocolat, achetez-en plusieurs tablettes et dites-vous que vous pouvez en manger chaque fois que vous le voulez. Le fait que cet aliment ne soit plus un aliment « exceptionnellement autorisé » va vous permettre de réguler plus facilement la quantité que vous allez absorber. Si vous vous exposez à de grosses quantités de chocolat, vous verrez que rapidement vous serez saturée.
Rappelez-vous l'histoire, bien connue, du kilo de plume et du kilo de plomb !
100 kcal de chocolat ne font pas plus grossir que 100 kcal de pommes.
100 kcal de frites font moins grossir que 200 kcal de haricots verts.

**Privilégiez les aliments caloriques**

L'intérêt des aliments caloriques est qu'ils vous apportent les calories dont vous avez besoin, sans vous gonfler le ventre. Si vous essayez de reprendre du poids en mangeant uniquement de la salade, vous allez être obligée d'en manger des champs entiers avec la sensation d'estomac gonflé du fait du volume nécessaire à cette reprise de poids, et des difficultés importantes à digérer de telles quantités.
En revanche, si vous choisissez des aliments plus caloriques, ils vous apporteront ce dont votre corps a besoin, sans vous gonfler le ventre. Ils seront plus faciles à digérer. C'est le principe des compléments alimentaires : peu de volume et beaucoup de calories.

**Limitez l'exercice physique**

Comme nous l'avons dit plus haut, pour reprendre du poids il faut manger plus et dépenser moins de calories.
Arrêtez toute activité sportive tant que vous n'avez pas retrouvé un indice de masse corporelle supérieur à 16. En dessous de ce chiffre, limitez vos déplacements à pied, utilisez les transports en commun, les ascenseurs, reposez-vous !
Il va vous falloir lutter contre votre envie de bouger tout le temps !
Au-dessus d'un indice de masse corporelle à 16, vous pouvez avoir une activité physique modérée, ceci à trois conditions :
- que votre poids continue de monter ;
- que ce soit, uniquement pour le plaisir et non pas pour contrôler votre poids ou votre silhouette ;
- que vous cessiez cette activité physique dès que vous vous sentez fatiguée.

Lorsque votre poids sera stabilisé au poids naturel et génétiquement programmé, vous ferez tout ce que vous voulez, même les Jeux Olympiques !

**Faites tout ce que vous pouvez pour diminuer les vomissements si vous avez ce problème**

Les vomissements sont dangereux, ils vous empêchent de reprendre du poids, ils entraînent des cercles vicieux qui agissent contre la guérison. Ce sont de « faux amis ».
Voici quelques moyens pour essayer d'en réduire la fréquence :
- essayez de reprendre du poids. Si vous reprenez du poids, vous allez diminuer les crises de boulimie et, de ce fait, les vomissements ;
- *maintenez la régularité de vos prises alimentaires, quoi qu'il arrive* ! Remangez après une crise de boulimie qui a été suivie de vomissement, si c'est l'heure de le faire. Ne décalez pas vos prises alimentaires ;
- si vous vomissez dès que vous mangez quoi que ce soit, si vous n'arrivez à garder aucun repas, essayer de garder, pour commencer, de très petites

quantités de nourriture. Fractionnez vos prises alimentaires. Il est préférable d'ingérer, plusieurs fois dans la journée, des quantités infimes de nourriture en les gardant, plutôt que de vomir. Ensuite, progressivement, essayez d'augmenter ces prises alimentaires.

**Supprimez, progressivement les laxatifs**

Rappelez-vous qu'ils ne vous servent en aucun cas à contrôler votre poids. Ils ne font qu'entretenir les troubles digestifs.
Vous êtes, peut-être, devenue dépendante. Il vous faudra probablement vous sevrer progressivement. Faites-le en vous faisant accompagner par un médecin.

**Limitez vos pesées**

Cela ne sert à rien de se peser plusieurs fois par jour ! Le poids est extrêmement fluctuant au cours d'une journée, pour des tas de raisons. Voir ce poids varier va vous angoisser et vous amener à vous restreindre à la moindre augmentation de quelques grammes.
Essayez de ne vous peser qu'une ou deux fois par semaine. Même dans ces conditions, comme nous l'avons vu plus haut, seule la moyenne de la courbe de poids est une véritable indication.

**Changez votre garde-robe**

Lorsque vous rattrapez progressivement le poids qu'il vous manque, il va vous falloir vous débarrasser des jeans de taille 12 ou 13 ans que vous aviez achetés lorsque vous étiez au plus bas de votre poids !
Si vous vous évertuez à rentrer dedans, vous allez être serrée et vous aurez le sentiment d'être une grosse serrée dans ses vêtements.
Achetez des vêtements qui correspondent à votre âge, à votre taille, à votre silhouette normale.
*Soyez fière de vos kilos repris,* vous pouvez être fière de vous, cela vous demande beaucoup d'efforts.
En changeant de vêtements, profitez-en pour prendre soin de votre apparence, de tout ce qui va contribuer au fait que vous allez devenir plus jolie.

**Que faire si vous n'arrivez pas à prendre du poids ?**

Outre le fait de continuer votre psychothérapie afin de travailler sur les raisons profondes qui font que vous n'y arrivez pas, deux solutions sont à envisager avec le médecin qui coordonne vos soins.

***Consulter une diététicienne ou un médecin nutritionniste***

Cette personne pourra vous guider dans cette étape que vous avez du mal à gérer seule.
Elle pourra évaluer, avec vous, où se situent les difficultés et établir un programme de progression adapté et précis. Elle définira clairement quels sont vos besoins et vous aidera à les atteindre. Peut-être croyez-vous manger ce qu'il vous faut et c'est insuffisant, vous avez peut-être besoin de ce regard extérieur.
Elle sera aussi pour vous une garantie par rapport à ce qui vous fait peur, à savoir reprendre trop de poids et trop vite. Ce sont des professionnels compétents qui s'engageront avec vous sur ce point. Cette personne vous

garantira que si vous suivez ses consignes vous ne risquerez pas de reprendre trop de poids et trop vite.
Elle pourra, si nécessaire, vous prescrire des *compléments alimentaires* qui peuvent vous aider à prendre du poids sans avoir le ventre gonflé par de trop grosses quantités d'aliments. Il peut aussi vous être proposé la mise en place d'une *sonde naso-gastrique* pour une assistance nutritionnelle chez vous. Ne rejetez pas d'emblé cette idée. Renseignez-vous auprès des thérapeutes qui s'occupent de vous.

***Être hospitalisée***

Être hospitalisée peut vous donner un cadre rassurant permettant de mettre en œuvre des soins psychothérapiques et nutritionnels plus intensifs.
Il existe aujourd'hui des établissements spécialisés, modernes, qui peuvent vous aider très efficacement sur le chemin de la guérison.

## 6.3. Les ateliers psychothérapiques de groupe

Dans ce programme thérapeutique, l'objectif des ateliers psycho-éducationnels en groupe consiste à lever la restriction cognitive. Ces ateliers s'adressent donc en priorité à deux catégories de patientes :

- les patientes qui ont été en sous-poids et qui sont à l'étape 3 de leur évolution ;
- les patientes boulimiques normopondérales ou en surpoids.

Mais il est possible, aussi, de proposer à des patientes en sous-poids qui sont à l'étape 2, voire à l'étape 1, de leur prise en charge thérapeutique de participer à certains de ces ateliers. Cela va les aider, notamment à lever certaines fausses croyances. Je reviendrai sur ce point à la fin du chapitre.

### Atelier psychothérapique n° 1 : les fausses croyances concernant la nutrition

#### Objectif de l'atelier

L'objectif est de corriger les fausses croyances qu'ont les patientes concernant la régulation de l'alimentation et du poids. J'ouvrirai là une toute petite parenthèse pour dire que les patientes anorexiques et boulimiques sont loin d'être les seules, aujourd'hui, à avoir ce type de croyance. Elles les partagent avec une grande partie de la population. Des articles dans des revues féminines, des messages télévisés, l'attitude de professionnels qui se définissent comme des spécialistes de la nutrition y participent largement !

## Déroulement de l'atelier

Je trouve qu'une manière vivante et interactive de présenter les choses peut consister à ce que l'animateur prépare une liste de questions pour tester les croyances des participantes. Ensuite, chaque croyance est discutée et revue. Voici quelques exemples de questions :

- peut-on maigrir de manière naturelle ?
- y-a-t-il des aliments qu'il convient de réduire si nous ne voulons pas prendre de poids ?
- pensez-vous qu'il est important de faire trois repas par jour ?
- faut-il faire du sport pour perdre du poids ?

L'animateur peut aussi proposer deux menus équivalents au niveau calorique, le premier étant composé d'aliments ayant une réputation d'aliments « équilibrés », l'autre composé d'aliments ayant « mauvaise réputation ». Il est demandé aux participantes lequel il est préférable de choisir.

## Document remis aux patientes

### Fausses croyances concernant l'alimentation et la régulation du poids

**Je peux choisir mon poids : Faux !**

Nous avons tous un poids de forme (ou poids naturel et génétiquement programmé). Il n'est pas possible de choisir d'être à un poids différent.
Rares sont les personnes qui choisissent consciemment et volontairement d'être au-dessus de leur poids de forme ! En général, il s'agit de l'inverse avec le choix de se situer en dessous du poids génétiquement programmé. Ce peut être pour des raisons psychologiques (anorexie mentale), pour des raisons esthétiques (exemple des mannequins) ou pour des raisons de performances artistiques (danseuses) ou sportives (c'est le cas d'un certain nombre de sportifs de haut niveau dans certaines disciplines).
Choisir d'être en dessous de son poids personnel n'est pas possible naturellement. Pour y arriver, il faut, obligatoirement avoir des comportements alimentaires anormaux (restriction importante, vomissements, usage de laxatifs ou de produits anorexigènes, etc.). Cela conduit dans plus de 90 % des cas à un trouble grave du comportement alimentaire qui va se pérenniser.

***Quel est notre poids naturel ?***

C'est le poids que nous avons lorsque nous mangeons de manière régulée, c'est-à-dire en écoutant nos sensations alimentaires, pendant une période de six mois continue.
Il y a quelques moyens *d'estimer* votre poids naturel :

- c'est le poids que vous aviez une fois votre croissance terminée, avant d'avoir un trouble du comportement alimentaire ;
- cela correspond à un indice de masse corporelle (taille/poids$^2$) compris entre 19 et 25 ;

■ il est possible d'en faire une estimation plus précise en étudiant les courbes de poids sur le carnet de santé ;
■ c'est au minimum le poids que vous devez avoir pour retrouver vos règles sans traitement hormonal.

**Si je veux garder un poids stable, je dois compter le nombre de calories que je mange chaque jour : Faux !**

Notre corps possède des systèmes biologiques extrêmement complexes dont le but est d'équilibrer les entrées alimentaires sur les sorties afin que le poids reste stable.
Notre poids dépend de l'équilibre entre nos apports alimentaires et les dépenses caloriques. Si l'on mange plus que ce que l'on dépense, on grossit ; si l'on mange moins que ce que l'on dépense, on maigrit.
Par le biais des sensations alimentaires notre corps nous informe sur nos besoins alimentaires.
Ces systèmes de régulation sont plus précis que n'importe quel calcul diététique.
Chaque année, une tonne de nourriture traverse notre corps et la plupart du temps notre poids ne change pas. Or si, durant toute une année, nos apports alimentaires excédaient quotidiennement, de 20 calories (ce qui correspond à un carré de chocolat) nos dépenses, nous prendrions 1 kg chaque année !
Rien ne sert d'estimer, chaque jour, nos apports alimentaires en calories puisqu'il ne nous est pas possible d'estimer avec précision nos dépenses caloriques ! Celles-ci sont variables en fonction de notre exercice physique, de la température extérieure, etc.
Si nous dépensons beaucoup de calories lors d'une journée, ce jour-là et les jours suivants nous aurons plus d'appétit, nous serons moins rapidement rassasiés afin que des apports alimentaires plus importants viennent compenser ces dépenses. À l'inverse, les jours qui suivent des repas de fête importants nous aurons moins faim, nous serons plus rapidement rassasiés, et par conséquent nous mangerons moins afin de réguler notre poids.
La régulation de notre poids s'effectue donc naturellement, sans l'intervention de notre réflexion intellectuelle.
Il en est de même pour les animaux. Dans des conditions de vie naturelle, sans manque de nourriture, on n'observe jamais d'animaux obèses. Ceci est vrai même chez les animaux peu développés : nous n'avons jamais observé de limaces obèses !
Il en est de même pour les enfants. Lorsqu'ils ne sont pas perturbés psychologiquement et en dehors de toute pathologie, ils régulent naturellement leur poids.

**Je peux prendre 1 kg par jour : Faux !**

Pour prendre réellement 1 kg en une journée, il faudrait manger 8 000 calories en une journée. Ceci correspond environ à quatre fois une prise alimentaire quotidienne normale.
Les mécanismes de régulation du poids sont tellement efficaces qu'il faut un excédent d'apport sur une longue durée pour que le poids monte.
700 calories d'excédent d'apports par rapport aux dépenses ne font prendre que 500 grammes, au bout de trois semaines.
- *Je dois faire du sport pour ne pas grossir* : Faux !

Il est très sain de faire du sport. Cela participe à un bien-être physique et psychologique.
Mais le sport ne fait pas maigrir.
Comparons deux personnes (Schéma B) :

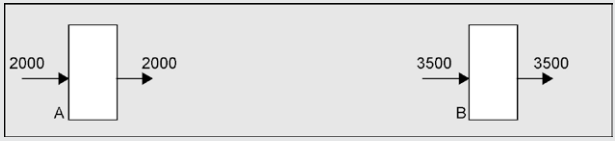



Schéma B

La personne A est peu sportive, elle dépense 2 000 calories par jour, son corps lui en demande 2 000 pour équilibrer le poids.
La personne B est très sportive, elle dépense 3 500 calories par jour, et elle a besoin d'en manger 3 500.
La personne B va-t-elle perdre du poids ? Elle va simplement être plus musclée que la personne A.
Revenons aux animaux dans la nature. Nous n'observons pas d'animaux obèses, mais nous n'observons pas non plus d'animaux naturellement sportifs ! Les animaux très sédentaires (comme les herbivores) ne sont pas plus gros, toutes proportions gardées que ceux qui se déplacent beaucoup, en particulier pour chasser. Il n'y a pas plus de limaces obèses que d'oiseaux migrateurs ! La nature nous montre qu'il ne sert à rien de faire plus de sport lorsque vous avez le sentiment d'avoir trop mangé !

**Si je mange beaucoup mon estomac va se dilater, si je mange peu il va se rétrécir : Faux !**

L'estomac est comme un sac musculaire élastique qui se distend lorsqu'il est très rempli mais revient à sa forme initiale. Il n'est pas comme un ballon qui deviendrait de plus en plus volumineux à mesure qu'on le gonfle et qui nécessiterait plus de nourriture pour le remplir.
Lorsque quelqu'un est dénutri, l'estomac ne se rétrécit pas. En revanche, comme tous les muscles de l'organisme la paroi du tube digestif s'atrophie et le transit digestif se fait plus lentement et plus difficilement.
De toute manière, la régulation du poids utilise des systèmes beaucoup plus complexes que le fait que l'estomac soit plein ou vide.

**Je dois manger équilibré : Faux.**

Les mécanismes physiologiques de la régulation du poids analysent la valeur calorique et la composition de ce que nous mangeons.
Si l'on mange quelque chose de très calorique, nous serons rassasiés plus vite que si nous mangeons un aliment peu calorique.
Imaginez que vous aimiez le foie gras et que vous en mangiez. Convenez qu'il est rare de garder du plaisir gustatif après deux tranches. Une sensation d'être écœurée vient dans votre bouche. Imaginez, maintenant, que vous mangiez de la salade. Combien de plans de salade faudra-t-il que vous mangiez pour avoir la même sensation dans votre bouche ?

Vous constatez que ce n'est pas le volume de ce que l'on mange qui nous rassasie, c'est la valeur calorique.
En ce qui concerne la régulation de notre poids, dans notre corps la composition des aliments importe peu, c'est leur valeur calorique qui est importante.
100 calories de chocolat ne font pas plus grossir que 100 calories de pommes.
100 calories de saucisson fait moins grossir que 200 calories de haricots verts.
Vous connaissez l'histoire du kilo de plumes et du kilo de plomb ?
Vous entendez souvent qu'il ne faut pas manger trop d'aliments gras ou sucrés. Faites une expérience. Ce soir mangez que de la pizza, demain à midi mangez que de la pizza, demain soir idem et ainsi de suite pendant quatre jours. Au cinquième jour, imaginez un endroit où il y aurait toutes les nourritures qui existent. Pensez-vous que vous choisiriez, parmi tout ce qui existe, de remanger de la pizza ?
Manger de manière variée se fait naturellement, sans que nous ayons besoin que l'on nous le dise !
Dernier point fondamental : on ne devient pas ce qu'on mange : ce n'est pas parce que vous mangez un aliment gras que vous allez devenir grasse, ou parce que vous mangez uniquement de la viande que vous deviendrez très musclée. Ceci est une croyance qui remonte à l'Antiquité, peut-être au Moyen Âge !
Regardez les cuisines du monde ! Les esquimaux n'ont pas mangé de fruits ni de légumes pendant des siècles, et ils avaient un poids normal et étaient en bonne santé ! Les Chinois ont mangé du riz (= des féculents) tous les jours pendant des siècles et n'étaient pas en surpoids ! Les Italiennes font partie des plus belles femmes du monde et si vous allez en Italie, vous constaterez que ces jeunes femmes minces et élégantes mangent des pâtes tous les jours.

**Je dois faire trois repas par jour : Faux !**

Une étude récente a montré que le poids moyen des personnes qui faisaient deux, trois ou quatre repas par jour était identique.
C'est uniquement un problème de répartition.
Sous le prétexte qu'il ne faut jamais sauter un repas, il arrive souvent de voir des personnes en surpoids qui se forcent, tous les matins, à manger des tartines de pain alors qu'elles n'en ont aucune envie.

**En conclusion**

- La nature est bien faite !
- Votre corps cherche à être (ou à revenir) à son poids physiologique comme il cherche à maintenir votre température corporelle à 37° C.
- Écoutez votre corps et n'écoutez pas les règles diététiques si vous voulez rester à un poids constant, comme tous les animaux de cette planète. Est-ce normal que l'animal le plus intelligent de la planète soit celui qui a le plus de mal à réguler son poids ? Est-ce que ce n'est pas parce que la tête s'en mêle ? Nous devrions arriver à faire aussi bien que les limaces !

## Atelier psychothérapique n° 2 : les dangers de la restriction cognitive

### Objectif de l'atelier

L'objectif est de sensibiliser les participantes aux dangers auxquels elles s'exposent en se fixant des règles alimentaires. L'objectif principal est de leur montrer que plus elles cherchent à contrôler leur alimentation, plus elles auront des pertes de contrôle. Or, ce sont ces pertes de contrôle qu'elles redoutent le plus parce qu'elles font prendre du poids !

### Déroulement de l'atelier

L'animateur peut au début de l'atelier interroger chaque participante afin qu'elle repère, dans son comportement alimentaire, la présence, ou non, de pertes de contrôle.

Pour celles qui présentent des pertes de contrôle, le travail va consister à leur faire établir le lien entre leur culpabilité alimentaire, les règles alimentaires mises en place et leurs pertes de contrôle. Les participantes réfléchissent, entre elles et avec l'animateur, aux mécanismes cognitifs et émotionnels qui les conduisent à perdre le contrôle lorsqu'elles s'imposent des règles restrictives.

Pour celles qui ne présentent pas de pertes de contrôle : soit elles sont en sous-poids et il faudra toujours et encore souligner la nécessité d'une reprise de poids, soit elles sont normopondérales et il peut être intéressant de travailler sur les avantages et les inconvénients de maintenir un fonctionnement de type orthorexique.

### Document remis aux participantes

**La culpabilité alimentaire**

Nous avons mis en évidence, ensemble, que vous étiez dans une position de *restriction cognitive*.

La restriction cognitive c'est le fait de gérer son alimentation en fonction de règles alimentaires. C'est le fait de manger « avec sa tête » en non plus en écoutant ses sensations alimentaires.

C'est le fait de confier son alimentation à des règles alimentaires que l'on juge plus fiables que ses sensations alimentaires. Les aliments vont être classés en deux catégories : les aliments autorisés, les aliments interdits. Il s'installe un état permanent de frustration alimentaire avec une culpabilité au moindre écart.

*La moindre règle alimentaire est déjà de la restriction cognitive.*

Dire qu'il faut manger quatre fruits ou légumes par jour, c'est de la restriction cognitive.

Dire qu'il faut manger équilibré, c'est de la restriction cognitive.

Dire qu'on a le droit de manger telle ou telle chose, c'est de la restriction cognitive.
*Être dans une position de restriction cognitive conduit, presque toujours, vers un trouble du comportement alimentaire, qui sera plus ou moins grave.*
- Au début tout est merveilleux !
Quelle satisfaction de perdre du poids ! Quel sentiment de puissance lorsque nous exerçons un contrôle sur nos envies alimentaires ! Quelle satisfaction de suivre à la lettre les préceptes des nouveaux directeurs de conscience alimentaire que sont certains nutritionnistes ou diététiciens ! Quel bonheur de prendre soin de sa santé en mangeant équilibré ! Combien l'estime de soi est grandie lorsque l'on est capable de résister à la gourmandise !
- Mais, un jour ou l'autre, le ciel va s'assombrir !
Différentes possibilités :
- La descente aux enfers : la restriction cognitive va conduire à une restriction alimentaire importante avec une diminution quantitative et qualitative des apports alimentaires. Le poids va descendre et chaque kilo perdu devient une victoire. De nombreux facteurs psychologiques vont s'en mêler, la perte de poids ne va plus pouvoir s'arrêter : c'est l'anorexie mentale.
- Les pertes de contrôle : c'est ce qui se passe le plus souvent. Plus de 90 % des personnes qui sont dans une position de restriction cognitive vont présenter des pertes de contrôle alimentaire. Parfois, certaines personnes vont réussir à les éviter pendant un an, deux ans, parfois plus, mais il est bien rare qu'elles n'apparaissent pas ! Perdre le contrôle sur le plan alimentaire, c'est manger plus que ce que l'on avait déterminé au départ, c'est manger au-delà de ses sensations alimentaires, c'est manger plus que ce dont on a besoin.
Toutes ces règles diététiques apprises avec application, tous ces efforts de privation, toute cette culpabilité alimentaire pour arriver à quoi ? Au contraire de ce que l'on voulait ! On va manger plus, on va grossir (à moins que l'on ait recours aux vomissements ou aux laxatifs pour essayer de reprendre le contrôle sur le poids). Chaque perte de contrôle est vécue comme un échec, l'estime de soi va fondre alors qu'au départ, c'était bien autre chose que l'on voulait voir fondre !
Pourquoi manger en fonction de règles conduit, dans plus de 90 % des cas, à des pertes de contrôle alimentaires ?

**Huit raisons principales**

- On ne sait plus entendre ce que notre bouche nous dit : lorsque l'on décide de confier son alimentation à des règles alimentaires que l'on juge plus fiables que ses sensations alimentaires, on va progressivement ne plus percevoir correctement ces sensations. Il ne va plus être possible de réguler ses apports alimentaires en écoutant son corps. Par exemple, on ne sent plus clairement lorsqu'on est rassasié, ce qui peut entraîner une prise alimentaire excessive sur les « aliments autorisés ».
- Trop de frustrations ! Privé de dessert pendant des mois, on ne rêve plus que de ça ! Il n'est pas possible de se priver dans la durée de ce que l'on aime. Cela génère une frustration qui conduit un jour à bousculer les barrières des interdits.
- « J'ai tout le temps faim » : l'hypercontrôle alimentaire peut entraîner une dénutrition. À ce moment-là, le corps va envoyer des signaux de faim presqu'en continu, même la nuit, ce qui conduira immanquablement à une

perte de contrôle avec prise importante de nourriture. Un cercle vicieux va se réaliser si ces prises alimentaires importantes sont suivies par des vomissements ou des restrictions qui vont maintenir le corps dans cet état de dénutrition.
- Un fonctionnement en tout ou rien : une personne qui est dans une position de restriction cognitive va s'imposer des règles alimentaires en tout ou rien. Au moindre écart, tout est fichu ! Le fait de manger, ne serait ce qu'un tout petit peu d'un aliment interdit, le carré de chocolat en trop, la cuillère que l'on s'était interdit de manger conduisent à des pensées défaitistes du type : « foutu pour foutu, autant continuer et me faire plaisir en en mangeant beaucoup, demain je ferai attention ». « Au point où j'en suis, autant me remplir, en plus après, je pourrai me faire vomir plus facilement. »
- « Remplissons-nous pendant qu'il y en a » : c'est un réflexe de survie inscrit dans notre cerveau, hérité des temps où nous n'avions pas toujours de la nourriture à notre disposition. Comme certains animaux, nous sommes programmés pour nous jeter sur la nourriture lorsque nous en avons été privés et nous anticipons, ainsi, le fait de pouvoir l'être de nouveau. Aujourd'hui, c'est rarement la pénurie qui conduit à ce type de comportement mais plutôt les restrictions que nous pouvons nous imposer.
- C'est difficile de dire « adieu » à un aliment : lorsque des règles restrictives nous interdisent de manger certains aliments aussi souvent que nous le souhaitons, il est difficile de s'en séparer. Il est plus facile de quitter quelqu'un lorsque l'on sait qu'on va le revoir le lendemain plutôt que lorsque l'on ne sait pas s'il va falloir attendre des mois pour le retrouver. C'est quelque chose de l'ordre de la séparation qui se joue chaque fois que l'on arrête de manger un aliment. On en mangera moins si on lui dit « au revoir » !
- La culpabilité : chaque « dérapage » va générer de la culpabilité et une baisse de l'estime de soi. Or beaucoup de personnes qui ont un trouble du comportement alimentaire ont l'habitude de gérer leurs émotions négatives, et en particulier la culpabilité, en mangeant plus ! Voici un nouveau cercle vicieux qui se met en place !
- La surconsommation des aliments autorisés : le fait de s'interdire de manger certains aliments conduit à surconsommer ceux qui sont autorisés. « C'est pas grave, ça je peux en manger, ça fait pas grossir. » Le manque de plaisir lié à la privation des aliments que l'on aime est compensé par le remplissage par les aliments autorisés.

**Quel est aujourd'hui pour vous le chemin à suivre ?**

Faites confiance aux moyens de régulation de votre corps ! Malgré des troubles alimentaires parfois graves et anciens, la machine n'est pas cassée !
Si vous êtes en sous-poids, il va vous falloir, au préalable, atteindre votre poids naturel et génétiquement programmé. C'est long et difficile mais vous pouvez être aidée dans cette étape. Il existe un certain nombre de techniques qui peuvent vous être utiles.
Ne vous laissez pas influencer par votre entourage (famille, collègue, magazine, certains diététiciens, etc.) et reprenez confiance dans vos sensations alimentaires, elles seules savent ce qui est bon pour vous !
Le chemin sera sûrement long, mais là ou ailleurs, vous avez déjà fait beaucoup de progrès et, un jour, vous retrouverez : la liberté de manger en paix et avec du plaisir !

# Atelier psychothérapique n °3 : écouter ses sensations alimentaires

## Objectif de l'atelier

L'objectif de l'atelier est d'expliquer aux participantes comment fonctionnent les sensations alimentaires et comment en tenir compte.

## Déroulement de l'atelier

Le fonctionnement de cet atelier peut être globalement similaire aux deux précédents. L'animateur essayera d'être « pédagogue » en utilisant des exemples. Cet atelier offre, encore, une occasion de corriger des fausses croyances.

## Document remis aux participantes

### Comment réguler votre alimentation et votre poids

Tout d'abord en reprenant du poids si vous êtes en dessous de votre « poids naturel, génétiquement programmé ».
Tant que votre poids reste inférieur à votre poids naturel, vous ne pouvez pas réguler votre alimentation en faisant totalement confiance à vos sensations alimentaires. Celles-ci sont faussées, et le risque serait grand de rester à ce poids trop bas avec tous les dangers que cela comporte. Pour reprendre du poids, reportez-vous au document : « comment reprendre du poids ».

**Mettez en place des rythmes alimentaires réguliers**

Si votre comportement alimentaire a été très désorganisé avec, par exemple, des vomissements, des crises boulimiques, il vous est conseillé de garder, *au début*, des rythmes alimentaires réguliers, de manger à peu près aux mêmes heures, et de ne pas sauter de repas.
Plus tard, vous ne serez plus obligée de manger à heures fixes et vous pourrez sauter des repas.
*Si vous êtes en surpoids,* ne vous forcez pas à manger si vous n'avez pas d'appétit, même si c'est l'heure d'un repas.

**Mangez lentement**

Il faut du temps et du calme pour s'occuper de ce qui est devenu pour vous compliqué. Bien sûr, à certains moments vous ne pourrez pas disposer du temps nécessaire pour être attentive à vos sensations alimentaires mais à chaque fois que c'est possible, prenez le temps !
Il va vous falloir, au départ, beaucoup d'attention pour percevoir correctement vos sensations alimentaires. Cela n'est pas possible si vous engloutissez, rapidement, de la nourriture.
Il faut entre 10 à 30 minutes pour que certaines informations nous parviennent lorsque nous mangeons. C'est le temps nécessaire pour que ces informations partent de notre appareil digestif et arrivent à notre cerveau.

Différentes techniques peuvent être utilisées afin de manger plus doucement : amusez-vous à être la dernière qui finit de manger, posez régulièrement vos couverts lorsque vous mangez certains aliments, attendez que le goût laissé dans la bouche après une première bouchée s'estompe avant de manger la bouchée suivante.
*Plus vous mangerez doucement, mieux vous régulerez votre alimentation et votre poids !*

**Retrouvez le plaisir de la dégustation**

Nous savons, aujourd'hui, que le plaisir que nous éprouvons en mangeant est notre meilleur indicateur des besoins alimentaires.
Alors, essayez de prêter le plus d'attention possible aux plaisirs liés à la nourriture !
Par exemple, soyez attentives à l'aspect des aliments, à leurs couleurs, aux odeurs qu'ils dégagent, à leur texture lorsque vous les avez dans la bouche.
Prêtez attention aux différentes saveurs au moment où vous avez l'aliment dans la bouche et aux goûts qui restent en bouche après l'avoir avalé.
Prêtez attention aux souvenirs que peuvent vous évoquer certains aliments. Manger certains plats peut être comparable au fait de regarder un album photos !
Amusez-vous à parler des goûts et des saveurs lorsque vous êtes avec d'autres personnes.
Faites des expériences alimentaires et gastronomiques. Essayez de nouveaux aliments, changez de marques, comparez les saveurs, cuisinez.
Pour pouvoir durablement réguler votre alimentation, il est plus important de savoir si vous préférez les pâtes avec du parmesan ou avec de la sauce tomate que de connaître la valeur calorique de votre plat de pâtes !

**Essayez de manger en pleine conscience**

De nombreux ouvrages parlant du comportement alimentaire conseillent de ne rien faire d'autre lorsque vous mangez, d'être attentive tout au long du repas. C'est très bien, mais ce n'est pas du tout réaliste !
En revanche, même lorsque vous regardez la télévision en mangeant, même lorsque vous participez à une conversation animée, même lorsque vous mangez un sandwich dans la rue, exercez-vous à avoir régulièrement des moments courts de pleine conscience sur vos sensations gustatives. C'est comme un projecteur que vous dirigez pendant quelques secondes sur votre bouche en vous posant la question : « Est-ce que j'ai toujours du plaisir à manger ça ? ». C'est une attitude qui n'est pas naturelle mais que vous pouvez vous exercer à avoir et qui est d'autant plus réalisable que vous mangerez doucement.
C'est toute la différence entre quelqu'un qui va se poser tranquillement pour déguster un goûter en ayant des moments de pleine conscience alimentaire et une personne qui va grignoter en plongeant automatiquement la main dans le paquet de biscuit en n'étant jamais attentive.
Des études ont montré que lorsqu'on ne fait pas attention à ce que l'on mange, on mange 30 % de fois plus que si l'on mange de manière concentrée.

**Apprenez à écouter votre appétit**

Schématiquement, il existe deux situations où il est préférable que vous mangiez et deux situations où il est préférable de vous abstenir de le faire !

***Quand allez-vous manger ?***

- Lorsque vous avez de l'appétit ! Avoir de l'appétit c'est ressentir que l'on va avoir du plaisir à mettre un aliment dans la bouche. Lorsque vous avez de l'appétit, les odeurs alimentaires vous sont agréables, différents aliments vous font envie, vous avez le désir de ressentir leur goût dans la bouche.
- L'appétit, c'est comme la faim mais c'est moins extrême. Lorsque nous avons faim, nous ressentons des sensations physiques assez extrêmes (crampes dans le ventre, tête qui tourne, impression de faiblesse générale, etc.) et nous nous sentons dans une espèce d'urgence à manger, prêts à tout pour se procurer de la nourriture.

*Mangez lorsque vous ressentez de l'appétit et avant d'avoir faim !*

- Par gourmandise ! Lorsqu'un aliment vous fait vraiment envie, ne cherchez pas à résister ! Ce serait une attitude de restriction et vous en connaissez, aujourd'hui, les dangers ! Vous pouvez, simplement, vous poser deux questions : Est-ce que je le mange maintenant ou est ce que je pense que j'aurai plus de plaisir à le manger, plus tard ? Lorsque je le mange, est-ce que j'ai autant de plaisir que ce que j'escomptais ? En sachant que si le plaisir gustatif n'est pas très important, vous devez vous arrêter de le manger.

***Quand est-il préférable de vous abstenir de manger ?***

– Lorsque vous n'avez pas d'appétit ! *Hormis si vous êtes en sous-poids,* il ne faut, jamais, vous forcer à manger ! Si aucun aliment ne vous fait envie, vous ne mangez pas ! Ou si vous n'avez que très peu d'appétit, ne mangez que ce qui vous fait envie, sans tenir compte de ce que les autres mangent !

Un certain nombre de personnes en surpoids disent qu'elles ne ressentent pas vraiment la sensation d'appétit ou bien qu'elles ont peu de plaisir à manger. C'est qu'elles mangent trop tôt ! Elles mangent avant que leur corps leur demande de la nourriture.

*Si rien ne vous fait envie, attendez pour manger que quelque chose vous fasse envie !*

– Lorsque vous avez une envie de manger qui n'est pas alimentaire ! Il s'agit, souvent, d'un mode de réponse à des émotions. Vous pouvez avoir envie de manger car vous êtes anxieuse, ou triste, ou en colère, ou parce que vous vous ennuyez avec un sentiment de vide et de solitude.

***Quatre indices peuvent vous alerter sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une réponse à un besoin nutritionnel***

- vous avez envie d'engloutir rapidement une quantité importante de nourriture plutôt que de prendre le temps de la déguster ;
- vous recherchez une sensation de remplissage (avoir toujours quelque chose dans la bouche ou avoir le ventre très plein) plutôt qu'une sensation de plaisir gustatif ;
- vous n'avez pas de plaisir gustatif lorsque vous mangez ;
- il n'y a pas un aliment qui vous fasse plus envie qu'un autre, peu importe ce que vous mangez, vous êtes prête à manger n'importe quoi.

Rappelez-vous que si vous mangez sans plaisir gustatif, c'est qu'il y a quelque chose qui ne va pas !

**Ne mangez pas de peur d'avoir faim plus tard**

Tout d'abord, vous n'êtes pas sûre d'avoir faim plus tard !

Si vous êtes en surpoids, vous avez des réserves graisseuses qui sont des réserves caloriques dans lesquelles votre corps va pouvoir puiser, s'il a besoin d'énergie. Cela va faire fondre ces réserves et cela va bien vous arranger !
De toute manière, si vous avez faim plus tard, mangez plus tard ! Surtout, ne vous l'interdisez pas !
Il vaut mieux emporter avec vous quelques biscuits, pour les manger *éventuellement* au cas où… plutôt que de les manger *systématiquement* avant, au cas où…
Dans le premier cas, c'est écouter votre corps et ses besoins ; dans le deuxième cas, c'est devancer ses besoins, au risque d'être excessive.

**Mangez ce qui vous fait envie**

Dans la mesure où vous avez le choix, dirigez-vous vers les aliments qui vous font le plus envie ! Ce sont ceux dont votre corps a besoin !
Vous avez envie d'un aliment très sucré, c'est que votre corps a besoin de sucre. Vous avez envie d'un aliment très calorique, c'est que votre corps a un fort besoin calorique ! Vous avez envie d'une salade, c'est que votre corps à besoin d'aliments moins caloriques et de certaines vitamines contenues dans ces légumes, vous avez envie d'un aliment très précis, vous pouvez penser que cet aliment contient des nutriments dont votre corps a besoin : on peut avoir faim de fer ou de vitamine D !
Il existe aussi des paramètres affectifs, symboliques, qui participent à nos préférences alimentaires. Il est important d'en tenir compte. Nous avons besoin de ressentir des plaisirs dans notre vie. Manger ce que nous aimons en fait partie. Or avez-vous observé que lorsque votre vie vous apparaît vide et dénuée de plaisirs vous avez tendance, parfois, à vous remplir de nourriture ? Faites-vous plaisir en mangeant et vous aurez beaucoup moins envie de vous remplir de grosses quantités de nourriture !
*Plus il y a de plaisir par bouchée, moins il y aura de bouchées !*
Pour cela essayez de disposer d'un vrai choix alimentaire. Essayez de faire vos courses lorsque vous avez de l'appétit, vous serez plus incitée à acheter des aliments qui vous feront vraiment plaisir. Essayez de trouver des solutions d'achats qui concilient le plaisir alimentaire et un coût acceptable. Si vous avez du temps, faites-vous de la cuisine.

**Apprenez à vous arrêter de manger au bon moment**

Lorsque vous mangez un aliment, au départ vous avez du plaisir gustatif. Si vous mangez doucement, en étant attentive à vos sensations alimentaires, vous vous rendrez compte, au bout d'un moment, que le plaisir que cet aliment vous procure commence à diminuer. Vous commencez à en avoir un peu assez de manger cet aliment. Vous arrêteriez bien de le manger ou vous passeriez bien à un autre aliment : vous êtes rassasiée ! Alors, arrêtez-vous là !
On s'arrête de manger quelque chose lorsqu'on a moins de plaisir à le manger. L'aliment reste bon mais le plaisir que vous éprouvez en le mangeant est moins important. Pour s'arrêter, il est important de se dire deux choses :
- « Je peux en remanger quand je veux, y compris dans une heure. » Si vous limitez, par avance, le fait de remanger cet aliment vous risquez de continuer à le manger alors même que vous êtes rassasiée (*cf*. le document sur la culpabilité alimentaire) ;

- « Ce n'est pas grave si je ne finis pas ce qui reste dans mon assiette » (*cf*. ci-dessous : Apprenez à jeter la nourriture).
Être rassasiée ne veut pas dire que vous n'avez plus faim. Vous pouvez avoir envie de manger un autre aliment. Par exemple, vous en avez assez de manger vos pâtes et vous avez envie de passer au dessert.
Lors d'un repas, il y a un moment où vous n'éprouvez plus vraiment de plaisir à manger, quels que soient les aliments. Plus rien ne vous fait envie, vous n'avez plus d'appétit. Vous êtes dans un état de satiété, votre repas est fini.

**Apprenez à jeter la nourriture**

Cette formule est un peu excessive. L'idée est que lorsque vous êtes rassasiée, il ne faut pas s'obliger à finir la nourriture qui reste.
Si vous pouvez conserver ce qui reste, conservez-le ! Dans un placard, au frigo, au congélateur, etc.
Si vous ne pouvez pas conserver ce qui reste, jetez-le ! Si vous continuez à manger « pour ne pas gaspiller », dites-vous que pour ne pas gaspiller, votre corps va stocker ce que vous continuez à lui donner, et pour ne pas gaspiller il va faire des réserves… de graisse. C'est une attitude qui peut parfois se justifier, à vous de voir ce que vous souhaitez…
Si vous avez envie de manger ce qui reste dans un plat ou sur la table « pour ne pas laisser traîner ces quelques petits bouts ou ces quelques miettes », rappelez-vous que vous n'êtes pas une poubelle. Ce qui reste est mieux dans la poubelle que sur vos cuisses !
Si, au départ, c'est difficile pour vous de « jeter la nourriture », servez-vous des petites portions, ne commandez qu'un plat à la fois dans un restaurant, et quand vous avez fini, vous vous posez la question : « Est-ce que j'ai envie de me resservir ? Est-ce que j'ai envie d'autre chose ? ».
Votre nouvelle devise alimentaire peut être « manger de tout, mais pas tout ! ».

**Réintroduisez vos « aliments interdits »**

Nous avons vu dans le document « Fausses croyances concernant l'alimentation » qu'il n'y avait pas de raisons de classer les aliments en : « aliments interdits » et en « aliments autorisés ». Cela est dangereux car cela conduit à surconsommer des « aliments autorisés » et à perdre le contrôle sur les « aliments interdits ».
Réintroduisez progressivement les « aliments interdits » que vous aimez.
Faites-en la liste, introduisez-les un par un en commençant par ceux qui vous font le moins peur. Mangez-les en pleine conscience, particulièrement doucement, pour bien sentir le moment où vous êtes rassasiée. Si vous perdez le contrôle sur certains de ces aliments, reportez-vous ci-dessous.
Si certains aliments vous font trop peur, demandez à un thérapeute de vous aider en réalisant, avec lui, un exercice « manger en pleine conscience » avec cet aliment-là.

**Exposez-vous aux aliments qui vous font « déraper »**

Si vous perdez le contrôle, de manière systématique, sur certains aliments, rien ne sert de les éviter, bien au contraire ! Plus vous les éviterez, plus vous perdrez le contrôle lorsque vous les mangerez de nouveau.

Si vous vous faites partie de ces personnes qui n'achètent pas de chocolat en se disant : « Lorsque j'en achète, je mange toute la tablette pour ne plus être tentée plus tard », deux techniques peuvent vous aider :
■ faites en sorte d'avoir, toujours, un stock de cet aliment chez vous. Les premiers jours vous aurez peut-être tendance à en manger beaucoup, mais au bout de quelques jours, le fait de savoir que vous en avez toujours à votre disposition quand vous voulez en manger va vous permettre de vous réguler. Ça ne vous servira plus à rien de finir la tablette afin qu'il n'y en ait plus puisqu'il y aura toujours plusieurs tablettes derrière !
■ pendant quelques jours, faites le soir des repas composés uniquement de cet aliment, en en mangeant autant que vous voulez. Vous constaterez, très vite, que lors des autres repas ce n'est pas de cet aliment dont vous aurez envie et vous saturerez très vite, même le soir. Vous n'aurez pas envie de prolonger l'expérience bien longtemps ! Cet aliment aura perdu son statut de « diable en tablette » ou de « diable en pot » !

**N'ayez pas peur de manger parfois trop**

Si, à certains repas, vous avez trop mangé, ne paniquez pas !
Dans ces cas-là, qu'est-ce qu'il ne faut surtout pas que vous fassiez ?
■ vous faire vomir ;
■ vous restreindre volontairement en luttant contre vos envies alimentaires ;
■ prendre des laxatifs ;
■ faire du sport à outrance.
■ vous dire que tout est fichu parce que vous avez fait un excès alimentaire.
Toutes ces solutions vont vous entraîner dans un cercle vicieux. Elles créent, de nouveau, un manque alimentaire, une frustration, de la culpabilité, qui va conduire à de nouvelles pertes de contrôle alimentaires (*cf*. document sur la culpabilité alimentaire).
Dans ces cas-là, voici ce que vous devez faire :
- attendez d'avoir de l'appétit pour remanger ;
- soyez attentive lors des repas suivants, vous serez probablement rassasiée plus rapidement. L'équilibre alimentaire va se rétablir sur quelques jours sans incidence de poids ;
- rappelez-vous que c'est d'enchaîner les repas excessifs qui fait prendre du poids.

**Utilisez à bon escient votre balance**

Vous peser ne doit vous servir qu'à une chose : valider la pertinence de vos sensations alimentaires. Si vous avez le sentiment de bien réguler votre alimentation en respectant vos sensations alimentaires, de manger lorsque vous avez de l'appétit, de vous arrêter lorsque vous êtes rassasiée ou dans un état de satiété, votre poids va rester stable si vous êtes à un poids normal il va baisser si vous êtes en surpoids. Si ce n'est pas le cas, c'est que vous percevez mal vos sensations alimentaires ou que vous mangez trop vite. Parlez-en à votre thérapeute.
Au départ, vous pouvez vous peser une fois par semaine, bientôt vous n'aurez plus besoin de la balance !
Vous peser ne doit pas être une conduite visant à vous donner, ou non, l'autorisation de manger ! Ce n'est pas : « Si j'ai tel poids je mange des frites, si j'ai

tel poids je n'en mange pas ». Cela s'appelle de la restriction cognitive (*cf.* document sur la culpabilité alimentaire).

**N'écoutez pas tout ce que l'on vous raconte**

Il va vous falloir prendre de la distance vis-à-vis du discours des chantres moralisateurs de la diététique, des personnes bienveillantes de votre entourage qui ont plein de bons conseils nutritionnels à vous donner, vis-à-vis des articles sur les régimes qui fleurissent, au printemps, dans vos revues préférées.
Il va vous falloir refuser de vous resservir face à cette cuisinière qui va vous dire : « Tu ne vas pas me laisser ça ! » alors que vous êtes rassasiée, il va vous falloir apprendre à dire au serveur d'un restaurant : « Si, c'était très bon mais je n'ai plus faim ! ».
La seule personne qu'il va falloir apprendre à écouter, c'est vous !
*Vous aurez réglé votre trouble du comportement alimentaire lorsque vous pourrez manger en paix !*

## Atelier psychothérapique n° 4 : atelier pratique, manger en pleine conscience

### Objectif de l'atelier

L'objectif de cet atelier est d'exercer les participantes au fait de manger en pleine conscience et de les entraîner à l'écoute de leurs sensations alimentaires.

### Déroulement de l'atelier

Cet atelier pratique va consister à faire manger les patientes durant la séance de groupe. Pour cela, l'animateur aura demandé lors de la séance précédente à chaque participante d'apporter deux aliments de son choix. Pour le bon déroulement de l'atelier, il est préférable que ces aliments appartiennent à la catégorie des aliments que la participante mange facilement (pour ce premier exercice, il est préférable de ne pas utiliser d'aliments « interdits »). Il leur est demandé d'amener ces aliments en quantité suffisante, afin qu'elles ne soient pas limitées par le manque d'aliments. Par exemple, si elles amènent du chocolat, il leur est demandé d'amener une tablette et non pas quatre carrés ! Il est préférable que pour chaque aliment, les bouchées soient homogènes au niveau du goût. Par exemple, l'exercice est rendu plus compliqué avec un assortiment de friandises où chacune possède un goût différent, ou bien avec un mélange de biscuits apéritifs très différents les uns des autres. Si possible, il est souhaitable de mettre en scène de manière plaisante cet exercice. Par exemple, mettre une nappe, un bouquet de fleurs, etc. C'est une manière de montrer aux participantes qu'il est important de prendre du temps pour manger, de s'installer dans des conditions propices à une bonne dégustation.

L'exercice va consister à demander aux participantes de manger en pleine conscience, en faisant attention à leurs sensations alimentaires et

au moment où leur plaisir gustatif diminue, ce qui correspond au fait d'être rassasiée. L'animateur demande aux participantes de manger doucement. Une bonne technique consiste à donner comme consigne de mettre une bouchée dans la bouche quand le goût de la bouchée précédente a quasiment disparu. Une autre consigne est de ne pas ingérer de grosses quantités à la fois. Par exemple, on demande de couper des carreaux de chocolat en deux, ou en trois.

L'animateur demande aux participantes de déguster en pleine conscience, ce qui revient à leur demander d'être attentives, avec tous leurs sens, au moment présent. Il leur est demandé de prêter attention à la forme de l'aliment, à sa couleur, à son odeur avant de le mettre dans la bouche. Ensuite, il leur est demandé d'être attentives à la texture de l'aliment dans la bouche, aux différentes saveurs qui se dégagent. L'animateur questionne les participantes sur tout ce qu'elles perçoivent en leur demandant d'en parler, de décrire. L'animateur leur montre que même si leur attention est détournée par les propos des autres participantes, par la conversation générale, elles peuvent, au moment où elles remettent une bouchée dans la bouche, se recentrer en pleine conscience pendant quelques secondes sur leurs sensations gustatives. C'est comme un projecteur qui revient se diriger sur la bouche pendant quelques secondes.

Pour chaque bouchée, il leur est demandé de mettre une note sur le tableau suivant (voir page 222).

Il est important, au départ, de bien expliquer que l'aliment, lui, a toujours le même goût mais que ce sont les sensations dans la bouche qui vont se modifier avec des changements de goûts. Certains goûts vont s'estomper, d'autres moins agréables vont s'amplifier. Elles vont constater que leur plaisir gustatif diminue progressivement. À un moment donné, elles vont coter un plaisir gustatif en dessous de 5/10. À ce moment-là, l'animateur pose à chaque patiente la question suivante : « Si vous savez que vous pouvez remanger cet aliment quand vous voulez, même dans une heure, avez-vous encore envie de continuer à le manger ? ». Les participantes sont ainsi incitées à stopper la prise alimentaire lorsque le plaisir gustatif devient peu important. Il leur est expliqué qu'elles sont alors rassasiées. Une étape importante de l'exercice va consister alors à « jeter » l'aliment qui reste. J'emploie le terme de jeter, d'une manière symbolique. En fonction de la nature de l'aliment (il peut être conservé ou il ne peut pas l'être) les participantes vont, effectivement, jeter à la poubelle ce qui reste ou le remettre dans un emballage et le ramener chez elles. Mais l'accent est mis par l'animateur sur l'importance de se séparer clairement de l'aliment, « Ne continuez pas uniquement pour ne pas en laisser ! ».

À la fin de l'exercice, l'animateur revient sur ce qui vient de se passer, en soulignant le fait qu'en mangeant doucement, elles ont ainsi ingéré peu de nourriture pour un plaisir gustatif qui a été présent assez longtemps :

| | | 1re bouchée | 2e bouchée | 3e bouchée | 4e bouchée | 5e bouchée | 6e bouchée | 7e bouchée | 8e bouchée | 9e bouchée |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Beaucoup de plaisir | 10 | | | | | | | | | |
| | 9 | | | | | | | | | |
| | 8 | | | | | | | | | |
| | 7 | | | | | | | | | |
| | 6 | | | | | | | | | |
| Moyennement de plaisir | 5 | | | | | | | | | |
| | 4 | | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | |
| Pas de plaisir | 0 | | | | | | | | | |

« Vous avez eu le goût de chocolat dans la bouche pendant 12 minutes et vous n'avez mangé que deux carrés et demi ! C'est rentable ! ».

Une fois qu'elles ont fait cette première expérience avec le premier aliment, on leur demande de la renouveler avec le deuxième aliment qu'elles ont amené.

À la fin de la séance, après le *feedback* d'usage, la consigne comportementale va être d'essayer, le plus possible, de s'exercer à manger ainsi en pleine conscience.

### Quelques remarques

Souvent les participantes confondent la saveur d'un aliment et le plaisir qu'elles éprouvent en le mangeant. Lorsqu'elles sont rassasiées, elles continuent à manger en disant « mais c'est encore bon ! ». L'utilité de cet exercice est de bien leur faire comprendre que l'aliment restera toujours bon même au bout de six tablettes, que ce n'est pas le problème. Ce qui est important c'est ce qu'elles ressentent, elles.

En général la diminution du plaisir gustatif n'est observable qu'après 10 minutes de dégustation.

Lorsque l'on demande aux participantes de passer au deuxième aliment, il est intéressant de constater qu'elles vont, souvent, essayer de se diriger vers un aliment très différent du premier. Souvent les patientes qui ont amené deux aliments sucrés vont préférer prendre en deuxième un aliment salé apporté par une autre participante. Il est utile que l'animateur le souligne. Cela montre aux participantes que si elles écoutent leurs sensations alimentaires, elles vont, naturellement, varier leur alimentation. Cela leur avait été expliqué lors des séances précédentes mais rien ne vaut l'expérimentation pratique !

## Atelier psychothérapique n° 5 : exposition aux aliments qui sont devenus tabous du fait de l'angoisse de perte de contrôle

### Objectifs de l'atelier

L'objectif est de développer chez les participantes leur capacité à stopper la prise d'un aliment lorsqu'elles sont rassasiées. À partir de là, le deuxième objectif va être la réintroduction progressive des aliments qu'elles évitent en ayant peur des pertes de contrôle.

### Déroulement de l'atelier

Le principe va être le même que pour l'atelier précédent. Les participantes vont manger deux aliments qu'elles ont amenés. À la fin de la séance précédente, l'animateur aura demandé aux participantes de classer

leurs aliments « interdits » au moyen d'une « note d'interdiction » sur 100. Plus cette note est élevée, plus l'aliment est interdit. Il leur demande d'amener deux aliments interdits ayant les « notes d'interdiction » les moins importantes.

L'atelier se déroule comme le précédent. Il est très important d'insister sur le fait que, désormais, elles vont pouvoir manger ces aliments aussi souvent qu'elles le souhaitent. L'exercice réalisé lors de cet atelier est un exercice comportemental d'exposition progressive. Les patientes vont réaliser qu'elles n'éprouvent pas de difficultés aussi importantes qu'elles le pensaient à stopper la prise alimentaire sur ces aliments.

À la fin de l'atelier, la consigne est donnée de ne plus éviter ces aliments. Les participantes ont pour consigne d'en racheter en quantité suffisante de telle sorte qu'elles vont en avoir à leur disposition chaque fois qu'elles ont envie d'en manger. La consigne de non-évitement est complétée de la manière suivante : « Mangez-en chaque fois que vous en avez envie, aussi souvent que vous en avez envie, sans vous limiter à l'avance sur les quantités. Mangez-les de la même manière que lors de l'atelier, en arrêtant la prise alimentaire lorsque le plaisir gustatif est inférieur à 5/10 ».

L'animateur va donner comme consigne de poursuivre ce travail d'exposition dans les semaines qui suivent, en introduisant progressivement les autres aliments interdits par ordre croissant de pourcentage d'interdiction.

## Remarque

Si, à la suite de cet atelier, une participante continue à présenter des pertes de contrôle sur un des aliments qu'elle a réintroduit, il est important de travailler cette difficulté, soit en séance individuelle, soit dans un atelier suivant. La technique à utiliser est une technique d'exposition massive, d'immersion. Il est demandé à la patiente de mettre en place plusieurs jours de suite des repas, par exemple le soir, composés uniquement de cet aliment. Elle est libre de son choix alimentaire lors des autres repas. Par exemple, le soir elle va faire un repas composé uniquement de chocolat ou de Nutella. La consigne est de continuer cette expérience aussi longtemps que possible. Dans mon expérience, il est rare qu'une patiente soit en mesure de la poursuivre au-delà de cinq ou six jours. Il existe un phénomène de saturation qui la conduit à « craquer », et à revenir d'elle-même à une alimentation différente, plus proche de ce qu'elle mangeait auparavant. Cet exercice d'exposition massive est très rassurant pour les patientes. Durant la phase où elles s'exposent lors d'un repas, elles sont rassurées par le fait qu'elles n'ont pas envie de se diriger vers cet aliment lors des autres repas, et par le fait de sentir qu'elles ne peuvent plus poursuivre l'expérience, au bout de quelques jours. Cela « dédiabolise » généralement définitivement cet aliment.

Cela va supprimer le risque de pertes de contrôle en lien avec les interdits posés sur cet aliment.

## D'autres ateliers peuvent compléter le module

Je ne vais pas développer, ici, les autres ateliers qui peuvent être mis en place dans le cadre de ce module, plus directement orienté sur le comportement alimentaire. J'ai fait ce choix pour ne pas alourdir ce travail. Mais 3 types d'ateliers me paraissent intéressants :

- un (ou des) atelier(s) sur les complications des conduites restrictives anorexiques et sur les complications liées aux vomissements. Ce sont des ateliers psycho-éducationnels où l'animateur va délivrer des informations sur ces risques. Une remise de document à la fin de chaque l'atelier est souhaitable. Il est évident que donner de l'information sur les risques ne peut qu'augmenter l'alliance thérapeutique et la motivation au changement ;
- un (ou plusieurs) atelier(s) en groupe pour les patientes en sous-poids, consacré(s) aux difficultés de reprise du poids. Nous avons vu que cet aspect du problème relevait, avant tout, d'une prise en charge individuelle. Mais il peut être très intéressant que les patientes puissent en discuter ensemble, échanger sur leurs difficultés, peut-être s'apporter mutuellement quelques solutions ;
- des ateliers de cuisine afin de réinvestir, différemment, l'objet alimentaire.

## Récapitulons : quels ateliers, pour qui ?

| | Atelier risques conduites anorexiques/ vomissements | Atelier difficultés reprise de poids | Atelier n° 1 | Atelier n° 2 | Atelier n° 3 | Atelier n° 4 | Atelier n° 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Patientes en sous-poids en phase 1 ou 2 | + | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| Patientes ayant été en sous-poids en phase 3 ou patientes normo-pondérales ou en surpoids | + | 0 | + | + | + | + | + |

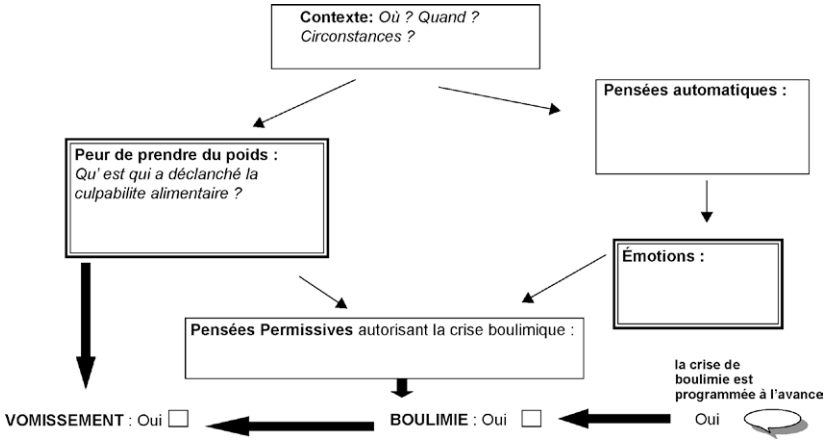



FIGURE 6.3. **Exemple de fiche à remplir en cas d' « accident alimentaire ».**

## Importance des fiches d'auto-observation pour les patientes boulimiques

Dans le chapitre 4, j'ai souligné l'intérêt du travail d'auto-observation par l'écriture. Lorsque l'on a repéré que certaines crises boulimiques pouvaient être liées à une mauvaise régulation des émotions, et que d'autres sont des pertes de contrôle en rapport avec de la culpabilité alimentaire, il peut être intéressant de faire remplir des fiches d'auto-observation tenant compte de ces deux mécanismes.

Voici un exemple de fiche que les patientes peuvent remplir à chaque « accident alimentaire » (fig. 6.3).

# Conclusion

J'espère, profondément, avoir pu donner à travers ce livre une image de la thérapie dialectique de l'anorexie et de la boulimie la plus proche possible de la conception qui est la mienne.

Pour moi, cette approche psychothérapique possède un certain nombre de spécificités :

- elle cherche à ne pas opposer des techniques psychothérapiques, essayant plutôt de les apposer ;
- elle aborde les dichotomies omniprésentes dans ces pathologies en recherchant la « voie du milieu » ;
- elle tente de réduire le clivage entre l'esprit et le corps en associant des techniques psychothérapiques uniquement verbales et des techniques psychocorporelles ;
- elle propose des techniques en groupe invitant, ainsi, à des échanges et à un partage, qui contrastent avec la tentation de régler seule les difficultés ;
- elle n'est pas intrusive, veillant sans cesse à respecter les limites des patientes, à travailler avec elles là où elles en sont, pas plus loin ;
- elle ne cherche pas à imposer une norme. Bien au contraire, quels que soient les aspects abordés, l'accent est toujours mis sur la validation et la valorisation de la singularité des patientes ;
- elle valorise la liberté de parole, la mise en mots des difficultés, des désirs, des émotions. Même si j'ai plus développé l'approche cognitivo-comportementale en groupe du fait de son aspect novateur, je rappelle que le travail de parole psychodynamique individuel est au centre du dispositif thérapeutique ;
- elle ne prétend pas être un traitement immédiatement efficace de ces pathologies sévères. Ce programme thérapeutique est applicable sur des suivis de plusieurs années. Ce n'est pas tout, tout de suite. La poursuite sur plusieurs années du travail psychodynamique individuel, la possibilité de renouveler la participation aux ateliers de groupe permet une continuité thérapeutique et un étayage au long cours, bien au-delà de la disparition des conduites ;
- elle cherche de manière efficace des changements, en disant : « Osez ! » ; elle montre tout le temps que l'on ne peut pas tout maîtriser, en disant : « Acceptez ! » ;
- elle place les patientes dans une position collaborative où elles sont « sujettes » de leur thérapie, parfois en collaborant avec elles sur des sujets de recherche ;
- elle ne propose pas une théorie et des pratiques fermées. Le programme thérapeutique présenté ici est ouvert à de nouvelles approches, à de nouvelles collaborations, à la créativité d'autres thérapeutes ;

- elle cherche à montrer son efficacité en utilisant, tout au long des soins, des échelles d'évaluation afin de mesurer les progrès thérapeutiques ;
- elle ne va pas cautionner le déni de la gravité des troubles et de l'état somatique. La mise en place de contrats de poids, une surveillance somatique régulière, l'utilisation à bon escient de l'hospitalisation, l'importance donnée à l'obtention d'un poids physiologique sont autant de préoccupations essentielles dans la thérapie.

Lorsque l'on dit que la thérapie dialectique réduit les clivages, notamment entre l'esprit et le corps, qu'elle va à l'encontre de l'autosuffisance thérapeutique, qu'elle n'est ni intrusive ni normative, qu'elle favorise la liberté de parole, qu'elle ne fonctionne pas en tout, tout de suite, qu'elle met les patientes en position de sujet, qu'elle ne fait pas le déni de la gravité et qu'elle démontre son efficacité, alors on s'aperçoit qu'elle fonctionne en réponse à la problématique anorexique ou boulimique. C'est probablement pour cela qu'elle est efficace sur ces pathologies !

Je veux redire, encore une fois, que ce que j'ai présenté dans ce livre est un modèle qui peut être adapté, modifié, complété en fonction des pratiques et des spécificités de chacun. Si vous êtes thérapeute : osez vous lancer, osez innover, osez expérimenter. Acceptez que tout ne soit pas parfait, que vos patientes puissent ne pas évoluer aussi vite et aussi bien que vous le souhaitez.

La conviction profonde que j'ai sur l'efficacité de cette approche thérapeutique repose, j'en conviens, sur des données empiriques. C'est une expérience clinique de plusieurs années qui me fait penser que la thérapie dialectique est particulièrement efficace chez ces patientes anorexiques et boulimiques. Il n'existe pas, à ma connaissance, dans la littérature internationale, d'études évaluant sur des cohortes suffisamment significatives l'efficacité de la thérapie dialectique dans ces indications. L'équipe avec laquelle je travaille n'est pas encore en mesure de publier des résultats mais c'est l'un de nos axes de travail les plus importants à l'heure actuelle. C'est l'expérience clinique qui a été le fil conducteur de ce travail, des éléments de preuve plus scientifiques trouveront leur place, je l'espère, dans des rééditions futures !

# Bibliographie

André, C. (2006). *Imparfaits, libres et heureux*. Paris: Odile Jacob.
André, C. (2009). *Les états d'âme. Un apprentissage de la sérénité*. Paris: Odile Jacob.
Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris: Dunod.
Apfeldorfer, G. (2008). *Mangez en paix !*. Paris: Odile Jacob.
Apfeldorfer, G., & Zermati, J. P. (2007). Les régimes amaigrissants sont des troubles du comportement alimentaire. *Réalités en nutrition, 6*, 6–11.
Apfeldorfer, G., & Zermati, J. P. (2001). La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique. *La Presse Médicale, 30*(32), 1575–1580.
Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention : A conceptual et clinical review. Clinical psychology. *Science and practice, 10*, 125–143.
Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris: De Boeck.
Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Towards a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205–230.
Begin, C., & Lefebvre, D. (1996). La psychothérapie comportementale dialectique des états limites. *Santé mentale au Québec, XXII, 1*, 43–68.
Bienvenu, A. (1996). *Le corps et les lois de la vie. Introduction à l'ortho-bionomy*. Vannes: Ed. Sully.
Bouvard, M. (2008). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité* (3e éd.). Paris: Masson.
Bouvard, M. (2008). *Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent, Vol. 2*. Paris: Masson.
Bouvard, M., & Cottraux, J. (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (4e éd.). Paris: Masson.
Brusset, B. (2008). *Psychopathologie de l'anorexie mentale* (2nd ed.). Paris: Dunod.
Carriou-Rognant, A. M., Chaperon, A. F., & Duchesne, N. (2007). *L'affirmation de soi par le jeu de role*. Paris: Dunod.
Chang, E. C. (2000). Perfectionism as a predictor of positive and negative psychological outcomes : examining a mediational model in younger and older adults ». *Journal of Counseling Psychology, 47*, 18–26.
Corcos, M. (2000). *Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Paris: Dunod.
Corcos, M. (2005). *Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris: Dunod.
Corcos, M., Speranza, M., & et al. (2003). *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris: Dunod.
Cottraux, J. (2007). *Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague*. Paris: Masson.
Courbasson, C. M., & Dixon, L. (2008). Dialectical behaviour therapy for eating disorders: A randomized control trial. *European Psychiatry, vol.23*(Suppl. 2), 180. Abstract book, 16th AEP Congres


© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Cungi, C. (1997). *Savoir s'affirmer*. Paris: Retz.
De Tonnac, J. P. (2005). *Anorexia, enquête sur l'expérience de la faim*. Paris: Albin Michel.
Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Seuil.
Durif-Brucker, C. (2007). *La nourriture et nous, corps imaginaire et normes sociales*. Paris: Armand Colin.
Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. NY: Guilford Publications.
Fanget, F. (2000). *Affirmez-vous*. Paris: Odile Jacob.
Fanget, F. (2006). *Toujours mieux ! Psychologie du perfectionnisme*. Paris: Odile Jacob.
Flament, M., & Jeammet, P. (2002). *La boulimie, comprendre et traiter*. Paris: Masson.
Flament, M., & Jeammet, P. (1999). *La boulimie, réalités et perspectives*. Paris: Masson.
Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 273–279.
Garward, N., McGrain, L., Palmer, B., & Birchall, H. (2000). The application of dialectical behavior therapy (DBT) to the treatment of eating disorders and comorbid borderline personality disorder (pp. 9). In Va. McLean (Ed.), *Proceedings of the 9th International Conference on Eating Disorders*. Academy for Eating Disorders.
Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (2003). *Working with emotions in psychotherapy*. NY: The Guilford Press.
Hahusseau, S. (2006). *Tristesse, peur et colère, agir sur ses émotions*. Paris: Odile Jacob.
Henderson, M., & Freeman, C. P. (1987). A self-rating scale for Bulimia. The BITE. *Br. J. Psychiatry, 150*, 18–24.
Herman, C. P., & Mack, D. (1975). Restrained and Unrestrained Eating. *J. Pers., 43*, 647–666.
Hofstein, F. (2005). *L'amour du corps*. Ville et éditeur.
Jeammet, P. (1989). Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance. *Confrontations psychiatriques, 31*, 203–232.
Jeammet, Ph. (2005). *Anorexie boulimie. Les paradoxes de l'adolescence*. Paris: Hachette littératures.
Jeammet, Ph. (2008). *Pour nos ados, soyons adultes*. Paris: Odile Jacob.
Jeammet, P. (2002). Spécificité de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence. *Psychothérapies, 22*(2), 77–87.
Kabat-Zinn, J. (1995). *Où tu vas, tu es*. Paris: J.C. Lattès.
Koff, E., & Rierdan, J. (1991). Perception of weight and attitudes toward eating in early adolescent girls. *Journal of Adolescent Health, 12*(4), 307–312.
Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology, 4*, 357–363.
Lau, M. A., & McMain, S. (2005). Integrating Mindfulness Meditation with Cognitive and Behavioural Therapies: The Challenge of Combining Acceptance- and Change-Based Strategies. *Can. J. Psychiatry, 50*(13).
Lemoine, P. (2007). *S'ennuyer quel bonheur !*. Paris: Armand-Colin.
Linehan, M.M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état limite*. Traduction par Page, D. & Wehrlé P. Genève : Médecine et Hygiène.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., & et al. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1060–1064.

Linehan, M. M., & Chen, E. Y. (2006). Dialectical Behavior Therapy for Eating Disorders. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. NY: Springer, pp. 168–171.

Macquillan, A. (2004). Thérapie comportementale dialectique : une innovation thérapeutique. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, 9*(3), 1–5.

Maex, E. (2007). *Mindfulness : apprivoiser le stress par la pleine conscience*. Bruxelles: De Boeck.

Marcus, M. D., McCabe, E. B., & Levine, M. D. (1999). DBT in the treatment of eating disorders (pp. 29). *4th London International Conference on Eating Disorders*. London: Mark Allen International Communications.

Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment*. Washington (DC): American Psychological Association, pp. 67–84.

McCabe, E. B., LaVia, M. C., & Marcus, M. D. (2004). Dialectical Behavior Therapy for Eating Disorders. In J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

McMain, S., Korman, L., Courbasson, C., & Smith, P. (2001). *Traitements spécialisés des personnes ayant des problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie : un modèle intégrant la thérapie dialectique comportementale, 2*. Toronto: Santé mentale au Québec. XXVI, 132–156

Mehran, F. (2006). *Traitement de la personnalité borderline*. Paris: Masson.

Nef, F. (2006). *La boulimie, des théories aux thérapies*. Wavre: Mardaga.

Nicot, N. (2005). La lecture systémique du traitement de l'anorexie mentale en psychiatrie. *La lettre du psychiatre, 1*.(3).

Ogrodniczuk, J. S., & et al. (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief : what role might the therapist play ? *Comprehensive Psychiatry, 46*, 206–213.

Page, D. (2006). *Borderline. Retrouver son équilibre*. Paris: Odile Jacob.

Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., & et al. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder-description and outcome. *Int. J. Eat Disord., 33*(3), 281–286.

Perroud, A. (2001). *Faire face à la boulimie*. Paris: Retz.

Perroud, A. (2003). *Faire face à l'anorexie*. Paris: Retz.

Philippot, P. (2007). *Émotion et psychothérapie*. Belgique: Mardaga.

Pomereau, X. (2006). *Ado à fleur de peau*. Paris: Albin Michel.

Queval, I. (2008). *Le corps aujourd'hui*. Paris: Gallimard.

Rousseau, A., Knotter, A., Barbe, P., & et al. (2005). Étude de validation de la version française du Body Schape Questionnaire. *L'Encéphale, 31*, 162–173.

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *Am. J. Psychiatry, 158*, 632–634.

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy adapted for Bulimia: A case report. *Int. J. of Eating Disorders, 30*, 101–106.

Salbach-Andrae, H., Bohnekamp, I., Pfeiffer, E., & et al. (2008). Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa among Adolescents: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(4), 415–442.

Salbach, H., Klinkowski, N., Pfeiffer, N., & et al. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with anorexia and bulimia nervosa (DBT-AN/ BN) a pilot study. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56*(2), 91–108.

Scelles, R., & Marty, F. (2003). *Limites, liens et transformations*. Paris: Dunod.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness : on depression, developement and death*. San Francisco: Freeeman.

Sherer, M., & Adams, C. H. (1983). Construct validation of the self-efficacity scale. *Psychological Reports, 53*, 899–902.

Sifneos, P. E. (1973). The prévalence of alaxithymic charasterstics in psychosomatiques patients. *Psychotherapy et psychosomatics, 22*, 255–262.

Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R., & Linehan, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatients units. *Psychiatric Quaterly, 72*(4), 307–325.

Telch, C. F., & Wiser, S. (1999). Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *Psychotherapy in Practice, 55*(8), 755–768.

Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: a preliminary uncontrolled trial. *Behavior Therapy, 31*, 569–582.

Vincent, T. (2000). *L'anorexie*. Paris: Odile Jacob.

Vincent, T. (2002). *La jeune fille et la mort*. Toulouse: Arcanes-Erès.

Vincent, T., & et al. (2008). *La boulimie, une indication pour se perdre*. Toulouse: Arcanes-Erès.

Wilson, G. T. (2004). Acceptance and change in the treatment of eating disorders. In S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press, pp. 243–260.

Winicott, D. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.

Wiser, S., & Telch, C. F. (1999). Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *J. Clin. Psychol., 55*, 755–768.

Wisniewski, L., & Kelly, E. (2003). Can DBT be used to effectively treat eating disorders? *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 131–138.

Zindel, V., Segal, J., Mark, G., & et al. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. Ville: De Boeck.

# Index

**A**
acceptation 22, 46, 47, 48, 63, 64, 68, 104, 109, 123, 124
  de soi 114, 120, 121
activité physique adaptée 166, 167
addiction 8, 16
adolescence 13
affection 84
affirmation de soi 9, 48, 50, 71, 72, 74, 75
agressions sexuelles 158
alexithymie 91
aliesthésie 181
aliment(s) toxique(s) 144, 147, 148, 179
alliance thérapeutique 23, 26, 164, 188
aménorrhée 13, 154
angoisse(s) 69, 109, 111, 112, 113
  d'abandon 8, 11, 12, 13, 17, 48, 56, 136, 140, 152, 156, 158, 160, 179
  de dépendance 156
  d'emprise 9, 10, 11, 12, 17, 49, 56, 86, 140, 152, 163, 178, 185
  d'être transparente(s) 151, 153
  de fusion 136, 138, 140, 151, 160
  de fusion et d'intrusion 12
  d'intrusion 12, 56, 136, 138, 140, 144, 145, 149, 152, 153, 157, 160
  de mort 56, 59, 60
  de perte 140, 148
  de perte de contrôle 56, 223
  de vidage 136, 140
anisme 148
arithmomanie 59
art thérapie 166, 168
ateliers psychothérapiques 62, 99, 159, 206
autonomie 8, 10, 51
auto-observation 109, 117
autosuffisance 152
avolognosie 41, 43, 65, 66

**B**
besoins nutritionnels 181, 193

**C**
cadre alimentaire 182
carnet
  alimentaire 192
  d'auto-observation 106
choix 43, 44
classification DSM-IV-TR 3
clivage 22, 43, 91, 138
colère 113, 114
compassion 108
compléments alimentaires 195
conformité 9
constipation 15
contrat(s) de poids 29, 30, 188, 189
contrôle 8, 112, 183
  émotionnel 90
co-thérapie 33
courbe de poids 198
crises boulimiques 8
critères d'inclusion 29
critique 80
croyances dysfonctionnelles 72, 77
culpabilité 127, 211, 213

**D**
défaut fatal 122
déni 188
dénutrition 14, 15, 18, 53, 148
dépendance 7, 8, 9
dépression 15
diarrhée 15
digestion 144, 145, 146, 148
discours
  diététique 175, 178
  esthétique 173
  médical 174, 178
  sportif 175, 179
dysrégulation émotionelle 18, 27, 83, 84, 90, 130

**E**
échelles d'évaluation 35, 36
effraction(s) sexuelle(s) 11, 136, 137, 138, 143, 155, 170


© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

émotion(s) 83, 87, 107, 111, 114
empathie 75
ennui 123
environnement invalidant 84, 86
erreurs de pensée 69
estime de soi 120, 127
état limite 21
évaluation de la thérapie 35
événements de vie 52
exercice physique 204
expositions émotionnelles 113

**F**
frontières corporelles du Moi 131, 133, 137
frustration 88
fusion 135

**H**
*handling* 134, 168, 170
*holding* 134, 168
hospitalisation 18
hyperactivité 196
hypercontrôle 57, 58, 59, 63, 181
hyperempathie 75
hyperphagie 4
hypothèse du meilleur 23

**I**
identité de substitution 16
image corporelle 57, 133, 148, 149, 161, 162, 164
insécurité affective 7, 8
intimité 11, 135
intrusion 11, 85

**J**
jeux de rôle(s) 72, 75, 77, 79

**L**
laxatifs 205
limites 136

**M**
massages 169, 170
mécanisme de projection 49
meilleure amie (technique de la) 119, 123
module(s) thérapeutique(s) 8, 27

**O**
objet alimentaire 179
ortho-bionomy 169, 170
orthorexie 178

**P**
pensées
  dysfonctionnelles 114, 116, 119, 120
  irrationnelles 115
père 7, 10
perfectionnisme 44, 45, 46, 58, 68, 69, 149, 178
personnalisation 122
pertes de contrôle 56, 183, 211, 212
pesées 205
phobie
  du toucher 143
  émotionnelle 90, 92, 103
plaisir 88, 89, 126, 127, 215, 223
pleine conscience 103, 104, 105, 109, 110, 113, 129, 215
poids
  naturel génétiquement programmé 182, 187, 188, 189, 199
porosité des frontières corporelles du Moi 18, 27, 139, 141, 142, 144, 149, 160, 161, 169
position dépressive de renoncement 60
procrastination 61, 70
puberté 12, 13

**R**
régime 13, 14, 173, 174, 175, 176
régulation
  alimentaire 175
  des émotions 89
  du poids 146, 199
relation d'objet 12, 42
renarcissisation corporelle 164
renoncement 61
renutrition 15, 16, 188, 189
réplétion gastrique 181
reprise de poids 187, 197
résolution de problème 83
resserrement sécuritaire 136, 137, 138, 139
restriction(s) cognitive(s) 27, 173, 176, 184, 185, 186, 187, 189, 206, 211
restructuration cognitive 68, 78, 114, 116, 117, 118, 120
rituels compulsifs 59
rythmes alimentaires 193

**S**
sécurité affective 9
sensations
  alimentaires 173, 175, 180, 181, 182, 185, 186, 208, 214, 220, 223
  fortes 89, 128
  kinesthésiques 167, 168
sentiment d'inefficacité personnelle 18, 27, 39, 50, 53, 56, 57, 61, 62
séparation-individuation (processus) 7, 11, 51, 13, 40, 85
sexualité 154, 155
sonde naso-gastrique 195
suivi diététique 190, 191, 192
surgénéralisation 69

**T**
thérapie
  comportementale 21
  de groupe 23, 25, 28, 29, 31
  psychocorporelle 21, 25, 159, 160
  psychodynamique 23, 24, 160, 227
TOC 59
transfert 25, 26
traumatisme 14, 52, 85
tristesse 107, 108, 109, 113

**V**
vomissement(s) 111, 196, 204